IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

# KANCELARIA SEJMU
# Biuro Komisji Sejmowych

**PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA**

■ **Komisji Zdrowia**
**(nr 70)**
z dnia 22 kwietnia 2021 r.

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

# Komisji Zdrowia (nr 70)

22 kwietnia 2021 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posłów: **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, i **Bolesława Piechy (PiS)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

**– informację Ministra Zdrowia na temat problemów polskiej kardiologii: sieć kardiologiczna, finansowanie procedur i ich dostępność, sytuacje związane z epidemią COVID-19, profilaktyka i promocja zdrowia;**

**– informację Ministra Zdrowia na temat finansowania i funkcjonowania kardiochirurgii w Polsce.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Waldemar Kraska** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Tomasz Hryniewiecki** dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, **Daniel Rutkowski** zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Zdrowotnych Narodowego Funduszu Zdrowia, **Janusz Skalski** sekretarz generalny Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów, **Adam Witkowski** prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego wraz ze współpracownikami, **Kazimierz Widenka** prezes Klubu Kardiochirurgów wraz ze współpracownikiem, **Agnieszka Wołczenko** prezes Zarządu Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń „EcoSerce" oraz **Marian Zembala** dyrektor naczelny Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański** i **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Szanowni państwo, zanim sprawdzimy kworum, pozwolą państwo… Kilka dni temu zmarł nasz serdeczny kolega. Część z nas przez wiele lat miała zaszczyt współpracować z panem posłem, panem ministrem Aleksandrem Soplińskim. Chciałbym, abyśmy uczcili pamięć pana posła, pana ministra, również na posiedzeniu Komisji Zdrowia, tak jak uczciliśmy ją na sali plenarnej. Bardzo dziękuję.

Szanowni państwo, otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia zwołane przez marszałek Sejmu na podstawie art. 198j ust. 2 regulaminu Sejmu. Posiedzenie będzie prowadzone z wykorzystaniem środków umożliwiających porozumiewanie się na odległość. Zacznijmy od sprawdzenia kworum. Proszę wcisnąć dowolny przycisk.

Od razu zasygnalizuję, że oczywiście sprawdzimy, czy mamy kworum, ale zostawimy głosowanie otwarte, aby te osoby, które nie zdążyły jeszcze na początku się zalogować i zagłosować, mogły później zaznaczyć swoją obecność. Mamy kworum, ale proponuję – tak jak powiedziałem – abyśmy jeszcze przez mniej więcej pół godziny mieli otwarte głosowanie nad kworum. Stwierdzam więc kworum.

Stwierdzam przyjęcie protokołów z posiedzeń Komisji od 5 stycznia 2021 r. do końca lutego 2021 r. wobec niewniesienia do nich zastrzeżeń.

Porządek dzisiejszego posiedzenia zwołanego przez marszałek Sejmu przewiduje w pierwszej części rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat problemów polskiej kardiologii: sieć kardiologiczna, finansowanie procedur i ich dostępność, sytuacje związane z epidemią COVID-19, profilaktyka i promocja zdrowia, a w części drugiej – rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat finansowania i funkcjonowania kar-

diochirurgii w Polsce. Chciałbym bardzo serdecznie powitać panie i panów posłów, pana ministra wraz ze współpracownikami. Widzę też i na sali, i zdalnie prześwietne grono profesorskie, ekspertów w dziedzinie kardiologii, a również i kardiochirurgii.

Pozwolą państwo, że w sposób szczególny powitam jedną osobę, która uczestniczy zarówno w pierwszej, jak i w drugiej części naszego spotkania. Myślę o również naszym koledze pośle i ministrze, panu profesorze Zembali. Panie profesorze, witamy serdecznie i cieszymy się, że może pan uczestniczyć wraz z nami w posiedzeniu poświęconym tej ważnej, szczególnie dla pana, tematyce.

Szanowni państwo, przystępujemy do realizacji pierwszego punktu porządku dziennego. Informacje oczywiście zostały udostępnione na iPadach wszystkim członkom Komisji.

Panie ministrze, oddaję panu głos.

**Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska:**

Dzień dobry państwu. Państwo przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni państwo, bardzo dziękuję za zaproszenie na dzisiejsze posiedzenie Komisji. Chciałbym także podziękować za to, że tematyka kardiologiczna tak często gości w polskim parlamencie, bo przypomnę, że na posiedzeniu Komisji Zdrowia w Sejmie już rozmawialiśmy o sieci kardiologicznej. Podobna tematyka była poruszana także w Senacie. Myślę więc, że niektóre rzeczy będę musiał powtórzyć, ale na pewno kilka nowych dzisiaj państwu zaprezentuję.

Jeżeli mówimy o polskiej kardiologii, zacznę od sieci kardiologicznej…

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Panie ministrze, jeżeli pan pozwoli, ja jeszcze zgłoszę jedną uwagę, żeby tym razem nie było żadnych wątpliwości – nawiązuję do poprzedniego posiedzenia Komisji. Szanowni państwo, bardzo proszę te osoby, które chcą zabrać głos, o zgłaszanie się do sekretariatu Komisji, żeby później nie było takich sytuacji… Dlatego że, kiedy już na koniec, po debacie oddam głos panu ministrowi, już nie będziemy wracać do kolejnych pytań, głosów. Jeżeli więc ktoś chce zabrać głos, to teraz jest czas, aby się zgłaszać.

Przepraszam. Bardzo proszę o kontynuowanie.

**Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:**

Tak jak na ostatnim posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia zapowiadałem, że pracujemy nad rozporządzeniem w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej, projekt w tej chwili znajduje się w komisji prawnej w Rządowym Centrum Legislacji w celu, żeby zwolnić go z komisji prawniczej, a kiedy to nastąpi, zostanie przedłożony ministrowi do podpisania. Myślę, że – tak jak to deklarowałem na posiedzeniu komisji w Senacie – będzie to przełom kwietnia i maja, kiedy to rozporządzenie zacznie obowiązywać.

Program pilotażowy, tak jak wspominałem, na początku będzie dotyczył województwa mazowieckiego. Ten program będzie dotykał świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ale także leczenia szpitalnego. Finansowanie tego programu pilotażowego jest w tej chwili w wysokości 35,6 mln zł. To są środki wygospodarowane w ramach budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia poprzez zmianę planu finansowego w roku 2021, ze środków funduszu zapasowego. Doszło do zmiany alokacji środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń gwarantowanych.

Program pilotażowy będzie trwał łącznie 25 miesięcy. Sama realizacja pilotażu to 18 miesięcy. Składa się z trzech etapów. Pierwszy etap, który nie będzie trwał więcej niż 4 miesiące, to etap organizacyjny. On zakończy się podpisaniem umów przez ośrodki wchodzące w skład sieci kardiologicznej z funduszem na udzielanie tych świadczeń.

Drugi etap to zasadniczy program pilotażu. On będzie trwał 18 miesięcy, od momentu zakończenia etapu organizacji. Trzeci to tak zwany etap ewaluacji tego programu pilotażowego, czyli wyciąganie wniosków z tego pilotażu i jego przebiegu. Ten etap według nas ma trwać 3 miesiące od dnia zakończenia realizacji.

Program skierowany jest do 17 tys. świadczeniobiorców z rozpoznaniami: nadciśnienie tętnicze oporne i wtórne, niewydolność serca, nadkomorowe i komorowe zaburze-

nia rytmu i przewodzenia oraz wady serca zastawkowe. Wybór tych rozpoznań wynika z konieczności ustalenia standardów diagnostycznych i terapeutycznych dla pacjentów, których leczenie jest problematyczne w obecnym systemie realizacji opartym na ryczałtowaniu finansowym, które według nas opóźnia możliwość przeprowadzenia skutecznej interwencji leczniczej, mimo wystarczającego potencjału tak zwanych podmiotów leczniczych. W ramach pilotażu testowane i oceniane będą zasadność oraz skuteczność funkcjonowania modelu opartego na sieci ośrodków kardiologicznych, w tym podział kompetencji pomiędzy ustalone poziomy referencyjne, działających w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, prowadzących diagnostykę i leczenie kardiologiczne.

Jaki będzie efekt tego pilotażu, co chcemy osiągnąć? Po pierwsze, chcemy wykorzystać do maksimum możliwości ośrodków kardiologicznych opartych na potencjale sprzętowym i doświadczonych zasobach kadrowych – bo takie zasoby oczywiście w Polsce są. Polska kardiologia jest naprawdę na wysokim poziomie. Chcemy, aby te zasoby w maksymalnej możliwości wykorzystać.

W skład sieci wejdą regionalny ośrodek koordynujący oraz ośrodki współpracujące poziomu pierwszego i drugiego, których zadaniem będzie zapewnienie kompleksowej i skoordynowanej opieki kardiologicznej pacjentom, którym postawiono rozpoznanie, o którym mówiłem wcześniej, czyli nadciśnienie tętnicze oporne i wtórne itd. Ośrodkiem, który będzie koordynował cały ten pilotaż na Mazowszu, będzie Narodowy Instytut Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie. Obecny jest tu na sali ze mną pan profesor Tomasz Hryniewiecki, który będzie głównym odpowiedzialnym za ten pilotaż na Mazowszu.

Dlaczego ten instytut? Jest to jedyny ośrodek na terenie województwa mazowieckiego, który posiada pełen zakres świadczeń udzielanych w przypadku wybranych grup dorosłych, łącznie z przeszczepianiem serca dokonywanym w przypadku niewydolności serca. Ten ośrodek – jak sama nazwa wskazuje – będzie koordynował działania ośrodków pierwszego i drugiego poziomu. Będzie on także: opracowywał wytyczne postępowania, w tym w szczególności diagnostyki pacjentów – wskazanie świadczeniodawcy realizującego opiekę kardiologiczną; prowadził diagnostykę i leczenie pacjentów; prowadził zespoły koordynatorów leczenia kardiologicznego; zapewniał ośrodkom z poziomów pierwszego i drugiego prowadzenie diagnostyki oraz wytyczne dla schorzeń zawartych w tych rozpoznaniach.

Ośrodki współpracujące z regionalnym ośrodkiem koordynującym podzielone zostały na dwa poziomy: pierwszy i drugi. Na poziomie drugim rolę ośrodków będą pełnić świadczeniodawcy zapewniający udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na oddziałach kardiologicznych wraz z poradniami przyszpitalnymi, przy czym czynnikiem różnicującym jest funkcjonowanie w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, doświadczenie w realizacji ablacji w przypadku zaburzeń rytmu serca w postaci co najmniej 45 zabiegów ablacji wykonanych w ciągu roku i utrzymanie całodobowego dyżuru pracowni hemodynamicznej.

Zadaniem tego ośrodka na drugim poziomie będzie oczywiście diagnostyka i ustalanie planu leczenia świadczeniobiorcy objętego programem pilotażowym, wyznaczenie koordynatora leczenia kardiologicznego. Myślę, że to jest ważna rola, szczególnie dla pacjenta, bo będzie on prowadzony przez ten system przez osobę, która będzie koordynowała jego diagnostykę i dalsze leczenie. Będzie także zapewniać świadczeniobiorcom objętym programem pilotażowym możliwość umawiania oraz zmiany terminu badań diagnostycznych i wizyt lekarskich, gromadzenie danych o świadczeniach opieki zdrowotnej z zakresu diagnostyki pacjentów, i inne elementy będą na tym poziomie drugim.

Poziom pierwszy to są świadczenia realizowane przez podmioty udzielające świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w poradniach kardiologicznych. Rolą ośrodków pierwszego stopnia będzie zapewnienie świadczeniobiorcom objętym programem pilotażowym diagnostyki w terminie do 30 dni od dnia zgłoszenia, w przypadkach wynikających z wytycznych regionalnego ośrodka koordynującego.

Tak jak powiedziałem na początku, w tej chwili toczą się prace legislacyjne. Mam nadzieję, że one dość szybko się zakończą i ten program pilotażowy bardzo szybko ruszy.

Jeżeliby pan przewodniczący pozwolił, to jeszcze prosiłbym pana profesora o uzupełnienie mojego wystąpienia.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Oczywiście. Bardzo proszę.

**Dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie Tomasz Hryniewiecki:**

Panie przewodniczący, szanowni państwo, bardzo dziękuję za zaproszenie na posiedzenie Komisji. Bardzo się cieszę, że Ministerstwo Zdrowia dostrzegło potrzebę zgłaszaną przez środowisko kardiologiczne wprowadzenia programu, który pacjentom potrzebującym opieki kardiologicznej ułatwi dostęp do ośrodków o największych możliwościach diagnostycznych i terapeutycznych. To jest szczególnie ważne w okresie pandemii i postpandemicznym, kiedy rzeczywiście liczba pacjentów, którzy oczekują na leczenie specjalistyczne, jest bardzo duża, bo mamy wiele pracy przed sobą, żeby odrobić te zaległości, które pojawiły się w ciągu tego ponad roku.

W kardiologii dotychczas był program koordynowanej opieki po zawale KOS-Zawał, który jest zresztą bardzo dobrze oceniany, ma również bardzo dobre oceny naukowe skuteczności. Ten program funkcjonuje, chociaż pewnie jeszcze w niewystarczającej liczbie ośrodków, ale od tamtego czasu nie było nowego projektu, który by poprawił opiekę nad pacjentami z chorobami układu krążenia, a przecież jest to jeden z priorytetów rządu. Pan premier mówił w swoim exposé o onkologii i kardiologii, zresztą nieprzypadkowo, ponieważ choroby układu krążenia w dalszym ciągu są pierwszą przyczyną zgonu w Polsce. W dalszym ciągu Polska jest krajem o wysokim ryzyku sercowo-naczyniowym. Mamy jeszcze sporo zaległości do nadrobienia w stosunku do krajów Europy Zachodniej, gdzie na pierwsze miejsce wysuwa się onkologia.

Bardzo dużo zrobiono w onkologii: Krajowa Sieć Onkologiczna, Narodowa Strategia Onkologiczna. Bardzo dobrze, że tą drogą mogą również podążać kardiolodzy i poprawić opiekę dla pacjentów kardiologicznych. Ta propozycja sieci jest propozycją poprawy opieki nad pacjentami z chorobami układu krążenia i jest to tylko wstęp, bo oczywiście potrzeby są znacznie bardziej rozległe i szerokie. Chcemy sprawdzić, jak tego rodzaju koordynowana opieka poprawi sytuację chorych. Wybraliśmy do tego celu cztery grupy rozpoznań. To nawet nie są jednostki chorobowe. To są grupy rozpoznań, niesłychanie istotne z punktu widzenia kardiologii. Niewydolność serca – to jest oczywista sprawa; rosnąca liczba pacjentów, co też jest związane z sukcesem kardiologii. Pacjenci są ratowani w okresie ostrego zawału przez świetnie zorganizowaną sieć pracowni hemodynamicznych, natomiast niestety konsekwencją często jest niewydolność serca…

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Panie profesorze, przepraszam, jeszcze na sekundkę przerwę. Uwaga techniczna do gości, którzy łączą się zdalnie. Ja prosiłem o zapisywanie się teraz do głosu. Doprecyzuję jedną rzecz, bo powinienem był to powiedzieć. Mamy dwa punkty, a widzę tutaj zgłoszenia kardiochirurgów, jak zakładam, pewnie do punktu drugiego, chociaż oczywiście nie wykluczam, że być może i w tej sprawie ktoś z kardiochirurgów chce zabrać głos. Mam więc taką propozycję. Pytania do drugiego punktu poświęconego kardiochirurgii będą po krótkiej przerwie, bo między punktami zrobimy trzyminutową, techniczną przerwę. Wtedy niejako na nowo będzie tworzona lista. Tyle chciałem doprecyzować.

Proszę kontynuować, panie profesorze.

**Dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie Tomasz Hryniewiecki:**

Nawiązując do tego, to oczywiście sprawa chorób układu krążenia, układu sercowo-naczyniowego, to nie tylko ważna rzecz dla kardiologów. Dla kardiochirurgów również. Ten program opieki zakłada także włączenie w to leczenia kardiochirurgicznego.

Tak jak mówię, wybraliśmy na razie cztery jednostki chorobowe, cztery grupy chorób, cztery grupy rozpoznań. Wspominałem już o niewydolności serca, ale jest tam również nadciśnienie tętnicze oporne i wtórne. To również jest ogromny problem, bo bardzo często nadciśnienie – wiemy, u ilu pacjentów rozpoznawane – nie jest skutecznie leczone.

To jest propozycja dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy z poradni, również specjalistycznych, żeby poprawić skuteczność, jakość tego leczenia. Oczywiście wtedy pacjenci będą mogli wrócić już do dalszej opieki na poziomie podstawowym.

Kolejną grupą rozpoznań są zaburzenia rytmu i przewodzenia. Chciałbym zwrócić uwagę zwłaszcza na rosnący problem migotania przedsionków. Dotyczy on bardzo wielu chorych i często leczenie farmakologiczne jest niewystarczające. Tutaj też proponujemy szybszy dostęp do tych najbardziej skomplikowanych i zaawansowanych procedur jak leczenie metodą ablacji.

Wreszcie problem – wady zastawkowe. Tutaj zwracam szczególnie uwagę na zwężenie zastawki aortalnej (stenozę aortalną). To wada związana ze starzeniem się społeczeństwa. Coraz częściej rozpoznawana, zagrożona nagłym zgonem. Jedyna możliwość leczenia to leczenie zabiegowe, interwencyjne, kardiochirurgiczne również.

To są pierwsze cztery grupy jednostek chorobowych. Zakładamy, że w przyszłości ten system opieki musi objąć również inne problemy w kardiologii. Chciałbym zauważyć, że szczególnie ważne jest finansowanie bez limitu pewnych bardzo nowoczesnych procedur w kardiologii, bez których nie byłoby możliwe nowoczesne leczenie tych chorób. Mam na myśli ablację, implantację zastawki przezcewnikową w ujście aortalne, plastykę zastawki mitralnej metodą brzeg do brzegu. Tak więc ten program trzeba rozpatrywać również jako znaczne zwiększenie możliwości dostępu zarówno do tych ośrodków o najwyższych umiejętnościach, o najbardziej zaawansowanych technologiach, jak i dostęp do samych tych technologii, bo często jest tak, że mamy świetne ośrodki, świetnie wyposażone i świetnie wykształconych lekarzy, ale niestety nie mogą oni wykonać takiej liczby tych procedur, która byłaby konieczna dla pacjentów i która jest możliwa w tych ośrodkach, z powodu braku finansowania. Ten projekt ma to zmienić.

Może tak bardzo krótko, na początek. Bardzo dziękuję.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Zanim oddam głos osobom, które zapisały się i zgłosiły…

**Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:**

Panie przewodniczący…

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Tak, bardzo proszę. Pan minister jeszcze.

**Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:**

…bo my omówiliśmy tylko sieć kardiologiczną, a w tym punkcie jest jeszcze finansowanie procedur, więc…

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Tak, oczywiście. Najmocniej przepraszam, panie ministrze.

**Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:**

Jeżeli pan pozwoli, to ja jeszcze…

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Proszę o odniesienie się całościowe do reszty zagadnień.

**Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:**

Szanowni państwo, jeżeli chodzi o finansowanie polskiej kardiologii, czyli leczenia chorób kardiologicznych, to od 1 marca 2020 r. wprowadziliśmy mechanizm bezlimitowego finansowania świadczeń udzielanych pacjentom pierwszorazowym, zarówno dorosłym, jak i dzieciom. Od 1 lipca ubiegłego roku oraz od 1 stycznia bieżącego roku zwiększyliśmy wycenę porad zachowawczych oraz zabiegowych w poradniach specjalistycznych.

W czasie pandemii COVID-19 umożliwiono wykonywanie i rozliczanie porad specjalistycznych realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych oraz innych systemów łączności – to tak zwana teleporada, która myślę, że w dobry sposób zaowocowała w czasie lockdownu, w czasie pandemii, w tym

momencie, kiedy szczepionki jeszcze nie były na naszym rynku dostępne. Rzeczywiście ta porada teleinformatyczna wielu pacjentom pomogła.

W pandemii wdrożyliśmy także wiele instrumentów finansowych, które wynikały głównie z nowelizacji rozporządzenia ministra zdrowia, jak na przykład wypłata dodatkowych środków finansowych za utrzymywanie gotowości do udzielania świadczeń w reżymie sanitarnym w momencie, kiedy został ogłoszony stan epidemiczny na terenie Rzeczypospolitej, np. pokrycie ponoszonych kosztów, w tym zakupu środków ochrony osobistej dla personelu medycznego. Wprowadzono także w życie… (*niesłyszalne*) przez prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji 27 września 2019 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych – to głównie chodzi o świadczenie wszczepiania lub wymiany całkowicie podskórnego kardiowertera-defibrylatora, ale także 28 lutego 2020 r. wprowadziliśmy do leczenia nowe świadczenie, ablację rytmu serca, które zostało skierowane do specjalnych grup JGP. Oprócz tego staraliśmy się promować zdrowy tryb życia, szczególnie w zakresie chorób układu krążenia.

Wymienię kilka projektów, które już się zakończyły. Był taki cykl w polskiej telewizji »Poranne rozciąganie w „Pytaniu na śniadanie"«. To głównie chodziło o promowanie zdrowego trybu życia i było kierowane głównie do osób z chorobami przewlekłymi, otyłością, cukrzycą, chorobami układu krążenia. Z zakończonych projektów był też kurs kształcenia kierunkowego edukatora zdrowotnego do spraw profilaktyki i promocji zdrowia w Narodowym Funduszu Zdrowia. To także zostało zakończone. Celem tego projektu było przygotowanie zbiorcze materiałów edukacyjnych i przeprowadzenie tego szkolenia.

Także zakończony jest projekt – myślę, że państwo o nim słyszeli – „Słodki, słodszy… cukrzyca!". Myślę, że to jest bardzo ważny projekt, który umożliwił Polakom zastanowienie się, dlaczego tak dużo słodzimy i używamy cukru, który niestety daje opłakane skutki. Ponieważ pandemia była tym momentem, kiedy byliśmy zamknięci w domach i nasza aktywność fizyczna zdecydowanie spadła, program „Od siedzenia do zdrowia" wspólnie z NFZ był kierowany i przez delegatury wojewódzkie NFZ propagowany.

W dalszym ciągu są programy tak zwane stałe – „Akademia NFZ", „Środa z profilaktyką". To są programy, które wciąż są realizowane. Wiele filmów instruktarzowych, do których można sięgnąć poprzez strony Narodowego Funduszu Zdrowia, gdzie są propagowane materiały informacyjne oraz edukacyjne, jak zdrowo nie tylko się odżywiać, ale także żyć.

Tak więc, panie przewodniczący, dziękuję. Jeżeli są pytania, to jesteśmy gotowi odpowiadać.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję uprzejmie.

Zanim otworzę dyskusję w takim kształcie, jak to zwyczajowo jest przyjęte, czyli najpierw posłowie, później zaproszeni goście, to jeszcze poproszę o zabranie głosu pana profesora Witkowskiego, który prosił mnie, abym na początku mógł pewne stanowisko kardiologów przedstawić.

Bardzo proszę, panie profesorze.

**Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Adam Witkowski:**

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący, bardzo dziękuję państwu. Cieszę się, że są wdrożone prace nad siecią kardiologiczną, natomiast jako Polskie Towarzystwo Kardiologiczne uważamy, że dobrze by było, żeby ta sieć, która jest pewną logistyczną ścieżką poruszania się pacjentów głównie od dołu, czyli od lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do góry, czyli aż do ośrodka referencyjnego, była też zintegrowana z programami takimi jak KOS-Zawał, bo one zapewniają opiekę nad tymi pacjentami w okresie po interwencji, w tym przypadku po interwencji w ostrym zawale. No i aż się prosi, że jeżeli program odniósł sukces – a odniósł, bo wiemy, że została pokazana redukcja śmiertelności, i to istotna w stosunku do tych chorych, którzy do tego programu nie weszli, czy niestety nie wchodzą dalej – to jest to ważne, żeby również ta ścieżka dla tych pacjentów po zawale była uwzględniona w sieci.

Druga sprawa, o której chciałbym powiedzieć, to też integracja sieci z programem koordynowanej opieki nad pacjentami z niewydolnością serca. Jak państwo na pewno wiedzą, bo to jest bardzo często powtarzane, niewydolność serca to jest palący problem w Polsce. To ponad 1,2 mln osób, które cechują się niestety bardzo wysoką śmiertelnością, mimo zwiększania nakładów na leczenie szpitalne. Czyli coś źle robimy.

Zaproponowaliśmy więc program koordynowanej opieki nad pacjentami z niewydolnością serca – i to było wspólnie z ministrem zdrowia opracowywane – coś takiego jak KOS w bardziej uproszczonym wydaniu. Ten program został jakby umieszczony w rozporządzeniu ministra zdrowia w listopadzie 2018 r. i do tej pory nie doczekał się realizacji. Chciałbym więc powiedzieć, że uważamy, że akurat wprowadzanie sieci jest świetną okazją do tego, żeby również wprowadzić KONS, dlatego że to zapewni odpływ tych pacjentów z ośrodka referencyjnego do opieki ambulatoryjnej, do oddziałów hospitalizacji jednodniowej itd. Dopiero to, razem z wprowadzeniem nowoczesnych leków, o które też się dopominamy, a które niestety nie weszły do tej pory do refundacji, takie systemowe działanie, integracja tych programów opieki koordynowanej i sieci kardiologicznej, jak myślę, miałoby duży sens.

Z tego wynika – już kończąc – moje pytanie do pana ministra. Rozmawialiśmy ostatnio, ale chciałbym usłyszeć, czy prace nad KONS będą kontynuowane i przede wszystkim czy mamy szansę na to, żeby ten program został wprowadzony do realizacji. Bardzo dziękuję.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję uprzejmie.

W takim razie otwieram dyskusję. Bardzo proszę, pan poseł Hardie-Douglas.

**Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):**

Dzień dobry. Dziękuję bardzo za umożliwienie mi zabrania głosu. Dosłownie 6 dni temu spotkaliśmy się z wieloma kardiologami na właściwie pierwszym merytorycznym spotkaniu zespołu do spraw kardiologii. Jeżeli ktoś nie wie, że taki zespół powstał, to poinformuję, że jest. Tak się składa – nie wiedzieliśmy wtedy jeszcze, że będzie posiedzenie Komisji Zdrowia o bardzo podobnej tematyce – że ponad dwie godziny rozmawialiśmy na temat sieci.

Muszę powiedzieć, może jako pierwszą uwagę, że ze zdziwieniem dowiedziałem się, że właściwie projekt Krajowej Sieci Kardiologicznej nie był w ogóle konsultowany z Polskim Towarzystwem Kardiologicznym. Pan profesor Witkowski przed chwileczką na ten temat nic nie powiedział, chyba z powodu tego, że nie chciał nikogo urazić, niemniej jednak chyba takie są fakty.

Na tym dwugodzinnym spotkaniu było wiele uwag, wątpliwości, a przedstawiciel ministerstwa nie na wszystkie potrafił odpowiedzieć. Pan profesor Witkowski przedstawił jakby projekt tego, w jaką stronę powinna iść sieć. Mam nadzieję, że można będzie ją modyfikować. I to, o czym już wspomniał, że ta opieka zintegrowana powinna iść w dwie strony, od POZ, AOS, do referencyjnych oddziałów, ale potem z powrotem do tych ludzi, którzy po leczeniu szpitalnym muszą zajmować się tymi pacjentami kardiologicznymi. To są pewne doświadczenia z tego programu KOS-Zawał, bardzo zresztą chwalonego, który rzeczywiście przyniósł duże rezultaty.

Kontynuując tę myśl, wiele osób podnosiło to, że w programie nie ma telemonitoringu, ale przede wszystkim rehabilitacji. Ta rehabilitacja jest niezwykle ważnym czynnikiem dla powodzenia tej sieci.

Następny punkt, który był często poruszany, jest taki, że województwo mazowieckie nie jest do końca reprezentatywne dla całej Polski. Ten program pilotażowy ma trwać 2 lata. Został szumnie ogłoszony przez ministra i przez pana premiera, ale chcę tylko przypomnieć, że podobnie był nagłaśniany program KONS, który właściwie w ogóle się nie urodził. Są więc pewne obawy, że jeżeli z takim poślizgiem będzie kolejny program realizowany, to jego implementacja na całą Polskę będzie wdrożona z dużym opóźnieniem. Przy jednak niejasnym finansowaniu tego projektu sieci jesteśmy zainteresowani, czy rzeczywiście będą pieniądze na wdrożenie programu w całej Polsce, ponieważ jest to program ambitny, ale wymaga znacznych środków.

Chcę też powiedzieć, że dziwi mnie to arbitralne wybranie do pilotażu ośrodka, który jest niewątpliwie związany z obozem rządzącym, choćby poprzez osobę pana profesora Szumowskiego. Przy tym właśnie braku konsultacji z Polskim Towarzystwem Kardiologicznym jest to dla mnie dziwne. Jednak jeszcze dziwniejsze moim zdaniem, co wskazuje na brak transparentności tego projektu, jest to, że nadzór nad przebiegiem całego pilotażu będzie sprawował… Jak się dowiedzieliśmy, minister zdrowia powierzył to Krajowej Radzie do Spraw Chorób Układu Krążenia, na czele której stoi dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii, czyli głównego wykonawcy pilotażu. To jest coś niebywałego. Nie można kontrolować samego siebie i jeszcze potem do siebie samego się odwoływać. To jest jakiś absurd. Prosiłbym więc bardzo o zwrócenie uwagi na to. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Teraz, bardzo proszę, pani poseł Skowrońska. Skoro nie ma pani poseł, kolejną osobą jest pan poseł Sośnierz. Bardzo proszę. Też nie ma pan posła.

W takim razie czy ktoś z pań i panów posłów chciałby zabrać głos?

**Poseł Andrzej Sośnierz (PiS):**

Przepraszam, miałem problem…

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dobrze, to bardzo proszę, pan poseł Sośnierz.

**Poseł Andrzej Sośnierz (PiS):**

Dzień dobry. Chciałbym się wypowiedzieć w sprawie wysypu programów pilotażowych, z którymi mamy do czynienia w ostatnich latach. Można czasem odnieść wrażenie, że odkrywamy jakieś nowe światy i opracowywane są w tych programach pilotażowych jakieś metody, które wymagają sprawdzenia.

Przypomnę, że w ogóle rozwój polskiej kardiologii, który 20 lat temu został zainicjowany zmianami, odbywał się bez programu pilotażowego. Po prostu upowszechnialiśmy rzeczy znane w medycynie i nie trzeba było robić jakiegoś eksperymentu w formie pilotażu.

Nie bardzo więc rozumiem, dlaczego nie upowszechniać jakiejś metody, która już jest sprawdzona na świecie, lub jakiejś techniki, która jest sprawdzona na świecie, tylko robić to w formie programu pilotażowego, który właściwie feudalizuje stosunki w ochronie zdrowia, bo jeden ośrodek zaczyna zawiadować innymi ośrodkami. Oczywiście ten, który zawiaduje, bardzo się cieszy, bo ma dostęp do pieniędzy i jego pozycja wzrasta, ale generalnie to feudalizuje stosunki w ochronie zdrowia. Bardziej byłoby wskazane po prostu, że metody sprawdzone należy upowszechnić i wymyślić metodę ich możliwie szerokiego, populacyjnego stosowania, bo jeden ośrodek w przypadku tak powszechnych chorób jak choroby kardiologiczne, podobnie jak onkologia, nie uczyni wiosny w kraju. To są działania populacyjne, które wymagają szerokiego upowszechnienia. Zatem ja nie bardzo rozumiem, po co tyle programów pilotażowych, bo one zapewniają szczególne finansowanie, ale w jednym miejscu tworzą – jak już powiedziałem kilkakrotnie – i utrwalają oraz zwiększają stosunki feudalne w ochronie zdrowia, od których ona nie jest wolna.

Od lat nie uwolniliśmy się od tego, więc do przemyślenia, czy nie lepiej pójść po prostu w program, który działa, i działa wszędzie, szczególnie że proponowane metody i techniki nie są czymś niesprawdzonym. Już wiadomo, że to będzie działało, bo są to metody czasem od wielu lat stosowane w innych krajach, wiadomo więc, jaki będzie rezultat. Tak więc, poddaję to pod rozwagę, czy warto iść w programy pilotaże, które czynią radość dla jednego ośrodka, ale też psują… To nie są rozwiązania systemowe, tylko to są rozwiązania punktowe, które właściwie psują system ochrony zdrowia. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Zgłosiła się – widzę, że jest ponownie – pani poseł Skowrońska. Oddaję głos pani poseł.

**Poseł Krystyna Skowrońska (KO):**

Dzień dobry, panie przewodniczący. Miałam kłopot z połączeniem się, za co przepraszam. Rozmawiając dzisiaj o tym programie, odnośnie do tej prezentacji, którą przedstawił pan minister i tych dodatkowych 35 mln zł, pierwsza moja uwaga wstępna i prośba do przewodniczącego, aby zadbać o każdą zmianę planu finansowego, która idzie w trybie bez opiniowania Komisji Finansów Publicznych. My opiniowaliśmy plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia i nie wszystkie zmiany objaśniono nam, nie wszystkie są dokonywane w trybie opinii Komisji. Zatem poprosiłam na początku, żeby stało się to obyczajem, że odnośnie do każdej zmiany planu finansowego informacja na ten temat jest doręczana członkom Komisji Zdrowia i członkom Komisji Finansów Publicznych, żebyśmy z tego powodu nie musieli szukać wszystkich planów zmian wszystkich planów finansowych. To pierwsza uwaga.

Teraz odnośnie do dzisiejszego tematu. Uwagi podniesione w debacie przez pana posła Hardiego-Douglasa i pana posła Sośnierza – chciałabym podkreślić – są zasadne. Pytanie: Ile kosztowało, jak państwo wyceniacie i kiedy byłoby możliwe wprowadzenie nowego sposobu finansowania i wprowadzania niektórych procedur w zakresie opieki kardiologicznej, czyli zmienienia i opracowania konkretnego, docelowego programu opieki kardiologicznej. Nie przekonuje mnie bowiem… To znaczy, może byłabym zadowolona, choć wszystkich burzy sprawa pilotażu i umieszczeniu tego w określonym ośrodku. Chodzi o to, aby pokazano wyniki po zakończeniu pilotażu i to, jaka ścieżka będzie realizowana, aby wdrożyć taki program na terenie całej Polski. To jest pierwsze.

Drugie. Chciałabym zapytać, na jakiej zasadzie… Te uwagi pana posła Hardiego-Douglasa, mojego kolegi klubowego, pokazały, że wybór określonego ośrodka ma konotację stricte polityczną. W tym przypadku chciałabym zapytać, dlaczego właśnie ten ośrodek wybrano. Jaką procedurę zastosowano? Ostatnio jakoś tak się zdarza, że wszystko jest po znajomości, tej politycznej i niestety nie najlepiej jest to oceniane i nie najlepsze są tego efekty.

Chciałabym zapytać, na ile państwo oceniacie problemy w zakresie prowadzenia opieki kardiologicznej w 2020 r. i na bieżąco, w związku z pandemią covidową. Te rzeczy są niezwykle ważne, abyśmy mogli mówić… Ja odniosłam się do sposobu finansowania, wyboru podmiotu, a myślę, że w zakresie tego, jak będzie oceniany program, niestety pilotażowy, może trzeba było pół roku poczekać i powiedzieć…

Gdyby ten program pilotażowy zaplanowany przez rząd powiódł się, to jak państwo oceniacie po 2 latach, wprowadzając nowy sposób czy dodatkowe procedury w zakresie opieki kardiologicznej, jakie dodatkowe środki i skąd będą przeznaczone na ten cel i uzupełnienie Narodowego Funduszu Zdrowia. Skoro dzisiaj państwo mówicie, że wymaga to 35 mln zł, to gdybyśmy wzięli pod uwagę liczbę ośrodków czy województw, to lekko należałoby policzyć, że to minimum 1 mld zł… Jak to państwo liczycie i kiedy takie wyliczenie się znajdzie, a członkowie Komisji Zdrowia zostaną o tym poinformowani? To są moje pytania.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Pan przewodniczący Piecha, proszę.

**Poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Nie planowałem zabierania głosu, ale chciałbym panów profesorów przeprosić. Temat jest bardzo merytoryczny. Ja pracuję w Sejmie bardzo długo i w przypadkach merytorycznych sądzę, że nie na miejscu są wycieczki polityczne, dyskredytujące państwa dorobek naukowy, państwa doświadczenie. Ja za to, w imieniu przewodniczących albo prezydium Komisji, chciałbym przeprosić. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Szanowni państwo, ja też, zanim oddam głos zaproszonym gościom, chciałbym powiedzieć klika zdań. Otóż, po pierwsze, ja też bardzo bym prosił – w zakresie tematów merytorycznych mamy bardzo dobre tradycje w Komisji Zdrowia. Niezależnie od tego, kto rządził, niezależnie od podziałów, w pewnych sprawach nie było polityki i nie ma poli-

tyki. Naprawdę, jeżeli mówimy o pewnych ośrodkach, nie w jakimś miejscu nieznanym, niewiadomym, którego nikt nie zna i którego nikt nie poważa, miejmy umiar w tym, co mówimy. To z jednej strony.

Natomiast z drugiej strony chcę powiedzieć taką rzecz. Otóż, po pierwsze, dobrze, że w ogóle rozmawiamy na ten temat – jak widać – bo jednak są tu jakieś emocje. Ja osobiście jestem zdania, że kardiologia wymaga jednak szczególnego potraktowania – zresztą dotyczy to również kardiochirurgii, związanej z kardiologią, o której za chwilę będziemy rozmawiać. To jest rzeczywiście pierwszy zabójca. Ja jednak uważam – z największym szacunkiem dla ośrodka, który będzie prowadził pilotaż – że jeżeli coś nazywamy pilotażem, to dobrze, jeśli to jest realizowane w kilku ośrodkach. Ten ośrodek ma swoją renomę, ma swoją pozycję, wiemy, że jest świetny, natomiast rozumiem, że chodzi też o to, żeby to przećwiczyć w innych świetnych ośrodkach, ale też szerzej.

Powiem więcej. Na dobrą sprawę chodzi o to – w moim przekonaniu –żeby ten pilotaż, skoro został wdrożony, był możliwie jak najkrótszy i żeby pewne procedury, a też związane z tym dodatkowe finansowanie, uruchomić jak najszybciej w skali całej Polski. Oczywiście nie twierdzę, że w każdym miejscu, bo pewne ośrodki są wysokospecjalistyczne. Zasada, która została przyjęta ponad 20 lat temu, a nie do końca, tak naprawdę respektowana i realizowana, patrząc przez pryzmat kontraktowania różnych świadczeń. Jednak uważam, że Narodowy Fundusz Zdrowia powinien uwzględniać pewną referencyjność. Odnośnie do tego nie ma wątpliwości. Nie wszystko wszędzie należałoby na pewno robić. Ale też jednocześnie wraz ze wzrostem nakładów i uruchomieniem nowych możliwości, nowych technologii, ważne jest z perspektywy funduszu moim zdaniem przejrzenie wycen procedur, dlatego że niektóre pewnie są przeszacowane, inne są pewnie niedoszacowane.

Mówiąc o przeszacowaniu, też nie należy iść na pewną łatwiznę – ja widzę pana profesora, udzielę zaraz głosu – dlatego że pojawiają się pewne nowe możliwości, sprzęt itd., więc na coś, co nawet rok, 2, 3 temu wydawało się, że być może jest przeszacowane, dzisiaj trzeba spojrzeć na nowo. Powiem więcej, to wymaga stałego monitorowania i w zasadzie, jeśli nie co roku, to przynajmniej co 2 lata, a może co 3 lata najdalej, nowej analizy pod kątem kosztów i wyceny. To powinniśmy robić. To też jest ważne zadanie i pewna konkluzja z dzisiejszego spotkania. Tyle z mojej strony, nie chcąc przedłużać.

Widzę, że ma już włączony mikrofon pan profesor Zembala. Bardzo proszę, oddaję głos panu profesorowi. Panie profesorze, musi pan włączyć mikrofon. My pana widzimy, ale mikrofonu pan nie włączył. Teraz jest już włączony. Bardzo proszę.

**Dyrektor naczelny Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu Marian Zembala:**

Panowie ministrowie, panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni państwo, koleżanki i koledzy, muszę powiedzieć, przysłuchując się toczącym się obradom, że zabieram głos przede wszystkim jako dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca, nie kardiolog, ale kardiochirurg, także w imieniu moich znakomitych kolegów kardiologów, z którymi mam przyjemność współpracować… Powiem tak. Proszę wybaczyć, ale muszę to powiedzieć szczerze. Myślę, że mamy typowy archetyp, gdzie na pierwszym miejscu kładziemy pytanie „a co ja z tego będę miał, co będzie miał mój ośrodek”, zamiast myśleć, co mamy zrobić.

Powiem konkret. Troszkę jestem zaskoczony wobec wypowiedzi pana posła Sośnierza, którego cenię i znam od lat, bo, drogi Andrzeju, muszę ci przypomnieć teraz, że 20 lat temu ja, Mariusz Gąsior i Leszek Poloński byliśmy u ciebie tak jak dzisiaj Hryniewiecki – jest podobne spotkanie – i powiedzieli oni, moim mądrzy kardiolodzy, że albo będziemy na przedostatnim miejscu w Europie (tylko Rumunia nas wyprzedzała), albo wreszcie, do jasnej cholery – taka była rozmowa – coś zrobimy. Wtedy ty pokiwałeś głową, ale powstał pilotaż, Andrzeju. Pilotaż! Ten pilotaż spowodował przez minione 20 lat, że z ogona w Europie i wstydu przenieśliśmy się na 4., 6. miejsce w Europie i dzisiaj stworzyliśmy potęgę w tym leczeniu. To po pierwsze. Mało tego, pochodną tego jest KOS-Zawał, który dzisiaj się rozwija. Dlatego zawsze pamiętajmy… Ja jestem takim niezależnym świadkiem historii. Czasem moje wypowiedzi nie podobają się niektórym politykom, ale mówię z mojego doświadczenia, czy komuś to się podoba, czy nie, i będę mówił.

Druga sprawa. Jeżeli państwo mówicie, że KONS był dobry, KOS niedobry, to powiem wyraźnie, dlaczego KOS wygrał. Dlatego, że był stworzony przez praktyków w dobrej współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia. My nie doceniamy tej instytucji. Ja byłem ministrem zdrowia i mam wyjątkowy szacunek dla Miodowej. Nie kurtuazyjny, bo wiem, jak tam niełatwo jest wiele rzeczy rozwiązać.

A dlaczego KONS nie mógł wejść… Tu nie zgadzam się z jednym z poprzedników, panem posłem Douglasem. Proszę wybaczyć, zaraz to panu wytłumaczę spokojnie. Otóż, panie pośle, KOS wygrał dlatego, że był spójny, prosty medycznie, ekonomicznie i logistycznie, a KONS w pierwotnym założeniu był skomplikowany dla nas wszystkich. Dlaczego? Dlatego, że pięciu gości zamknęło się w pokoju i nie dyskutując z innymi, wymyśliło projekt – jeden był biskup, drugi był arcybiskup – nikogo innego nie pytając… Nie będę wymieniał, kto był arcybiskupem samozwańcem. Dlatego do tego doszło.

Jednak chcę wyraźnie powiedzieć – proszę oczywiście uruchomić pilotaż, już nie będę tłumaczył, dlaczego. Wtedy zrobiliśmy pilotaż „zawału”, a dzisiaj możemy z dumą powiedzieć: tak, nie straciliśmy żadnej złotówki, więc kardiolodzy i kardiochirurdzy, zrobiliśmy razem coś wielkiego, co trwa.

Moja uwaga. Muszę to powiedzieć. Proszę państwa, dlaczego wybór Anina. Ja powiem: bo jest najlepszy na Mazowszu. Nie dyskutujmy. Ktoś może powiedzieć: „Zembala ma w tym interes”. Nie mam żadnego, nie tylko dlatego, że jestem na wózku. Dzięki Bogu żyję.

5 dni temu byłem jako ekspert, za darmo, bo uczestniczę w posiedzeniu Komisji Europejskiej jako były prezydent European Association for Cardio-Thoracis Surgery. Jestem zapraszany. Widocznie mnie chcą. I co usłyszałem, drodzy państwo? To, że dostaniemy środki europejskie pod warunkiem, że będziemy rozwijać niekomercyjne rejestry. To jest siła. Oni czekają na wszystkie rejestry. Lada chwila wyłoni się kolejny rejestr przezcewnikowych zabiegów. Nie może w kraju nie być rejestru takich nowych technologii. Wiemy.

Zatem, dlaczego Anin. Powiem, że nie mam żadnego konfliktu interesów. Na nic nie liczę. Mam 70 lat, nic więcej nie zdobędę, będę starał się służyć doświadczeniem. Otó, Anin, czy to się nam podoba, czy nie, jest kolebką wielu odkryć w polskiej kardiologii, za sprawą Rużyłły, Demkowa, ale i następców, którzy na tej sali dzisiaj siedzą – Jacek Różański, Hryniewiecki oczywiście i wielu innych, Kuśmierczyk. Tak jest, proszę państwa. W związku z tym oni w naturalny sposób są liderem. Nie bójmy się – Polacy boją się tego słowa.

Absolutnie ten wybór popieram, ale od razu uspokajam. Mam świadomość, że są w Warszawie znakomite ośrodki, ale chcę państwu powiedzieć, i uspokoić wszystkich, bo tu co chwila jest ta sama walka, kto będzie tym arcybiskupem… Na Śląsku – od razu uspokajam – oczywiście my będziemy zaproszeni, bo trudno sobie wyobrazić, żeby śląskiego centrum nie zaprosić. Niemożliwe. Niewyobrażalne, tak jak Anin w Warszawie, ale zapewniam państwa, że mądrość polega na tym, żeby tak skonstruować sieć – i Hryniewiecki to zrobi, i my to zrobimy – żeby pokazać konkrety. Hryniewiecki zauważy… Nie musi być tylko jedna wieża – my nie lubimy słowa „wieża”. Będą dwie wieże. Będzie również uczestniczył jako istotny partner ośrodek profesora Opolskiego – i nie będzie nadęcia na Śląsku – ośrodek profesora Wity. Uspokajam, my pokażemy nowy sposób myślenia, nowy sposób zarządzania.

A przykłady? Dla posła niespokojnego – proszę spać spokojnie, panie pośle Douglas. Po pierwsze, chcę panu powiedzieć, niech pan weźmie przykład projektu i programów Niemiec. Niemcy są mądrzejsi od nas, w sensie bardziej pragmatyczni. Oni mają programy. Charité koordynuje dla Brandenburgii, dla Saksonii, nie strzelają się. Warunek – ścisła współpraca, integracja z kardiochirurgią. My o tym mówimy, my to robimy i będziemy pokazywać w drugiej części i w kolejnej części. Dziękuję. Tyle mojego…

Jeżeli mogę prosić. Jeżeli możecie wysłuchać jednej mojej prośby. Pod każdą się podpisuję. To jest jedna. Chciałbym koniecznie – jestem w stanie to udokumentować – żeby do tych grup rozpoznawczych, które wymyślił słusznie zespół Anina, dobry zespół, najlepszy zespół… Powierzmy, nie bójmy się. Ja mam zaufanie. Czemu państwo nie macie zaufania? Chodzi o to, żeby do grup rozpoznania koniecznie dołożyć ostrą i przewlekłą zatorowość płucną. Koniecznie. Dlaczego? 5 dni temu uczestniczyłem w posiedzeniu

Komisji Europejskiej w sprawie strategii rozwoju. Co się okazało? To, że gdy patrzy się na statystyki zgonów i nadumieralności, to ostra zatorowość płucna – o którą tak pięknie walczył Adam Torbicki, Poloński, a ja jestem uczulony na to – przynosi niesamowite żniwo, a my przy obecnej medycynie jesteśmy w stanie to poprawić. Proszę więc dopisać koniecznie „ostra i przewlekła zatorowość płucna". Zresztą z profesorem Hryniewieckim argumentami na ten temat rozmawiamy.

Kończę, proszę państwa. Było dla mnie przyjemnością móc podzielić się z państwem… Wspieram. Cenię rozwagę posłów. Dziękuję za mądrą wypowiedź, jak zawsze, poseł Skowrońskiej, naszego ekonomisty parlamentarnego, bo ona dostrzegła problem. I uspokajam – ten system jest potrzebny.

Na koniec jedna rzecz, bo nagle powiedziano: „po jaką cholerę transplantacja jako referencyjny cel". Proszę państwa, znowu, nie musi być transplantacji. My to wiemy. Już to wszystko wiemy. Minister nasze uwagi przyjął. Co stoi na przeszkodzie, żeby ośrodki, te drugorzędowe, podpisywały list intencyjny z ośrodkami transplantacyjnymi, które nie są… Nie musimy co 5 km budować ośrodka transplantacyjnego, bo po prostu się nie da i zakrawałoby to na absurd, a rozwiążemy problem dostępności chorych do transplantacji, który rozwijamy. Przecież Wrocław rozwinął transplantację dzięki moim wychowankom. Mówię to szczerze, inaczej byłoby bardzo ciężko, przez 10 lat nie ruszyli. Wysłaliśmy ludzi wyszkolonych w Zabrzu, rozpoczął się program, ale spokojnie…

Zatem jeszcze raz proszę – absolutne „tak" dla tego pilotażu. Jeszcze raz powtórzę: nie ma wyboru, bo inaczej będziemy dreptać. Dajemy maksymalne szanse. Fundusz jest dobrze zorganizowany, o kosztach będziemy mówić w drugiej części i przy innej okazji. Rejestry, rejestry, rejestry i jeszcze raz rejestry niekomercyjne. Jeśli ich nie będzie, to nie będziemy mieć argumentów, żeby dostać środki unijne, czy to będzie z projektu POWER, czy z funduszu odbudowy.

Kończę i dziękując państwu za możliwość wygłoszenia moich uwagi. I proszę o dołączenie do grup rozpoznawczych „ostra i przewlekła zatorowość płucna" – udokumentuję to na podstawie danych, którymi dysponuję w skali województwa śląskiego i kraju. Dziękuję, panie przewodniczący.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Był wywołany do głosu, poniekąd, pan poseł Sośnierz. Panie pośle, zgłosił się pan do ad vocem, ale proszę bardzo krótko. Jedna minuta, bardzo proszę.

**Poseł Andrzej Sośnierz (PiS):**

Dziękuję. Chciałbym zgłosić tylko małą korektę, ale ważną. Program, o którym była mowa, nie był pilotażowy. Program siłą rzeczy obejmował tylko województwo śląskie, bo to był po prostu obszar mojego władania, ale tam wszyscy mieli dostęp do tego programu…

**Dyrektor naczelny SCCS w Zabrzu Marian Zembala:**

To był śląski pilotaż…

**Poseł Andrzej Sośnierz (PiS):**

Tak, ale ja byłem tylko…

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Panie pośle, zostawmy to już…

**Poseł Andrzej Sośnierz (PiS):**

…na całym obszarze. Minister ma całą Polskę, jest na całą Polskę…

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dobrze, panie pośle. Rozumiem, zmienił pan nieco zdanie, OK.

Teraz kolejne zgłoszenia. Bardzo proszę, pan profesor Zdrojewski. Proszę uprzejmie.

**Przewodniczący Komisji do Spraw Współdziałania z Parlamentem i Administracją Państwową PTK Tomasz Zdrojewski:**

Panie przewodniczący, szanowni państwo, bardzo dziękuję. Zabieram głos jako przewodniczący komisji do spraw relacji z politykami, z administracją, Polskiego Towarzystwa

Kardiologicznego, a jednocześnie jako zajmujący się w PTK prewencją. Chciałbym, żeby dwie, trzy rzeczy, które pan profesor Witkowski powiedział między wierszami, wybrzmiały mocniej. Tego wymaga moja uczciwość wobec członków komisji, którą kieruję.

Zabieram też głos jako członek wąskiej grupy, która w 2002 r. otrzymała od rządu premiera Leszka Millera pół roku na przygotowanie programu POLKARD – wspólnie z profesorami Opolskim, Rużyłłą, Polońskim, Religą i Krzemkowską – który później stał się największym sukcesem polskiej kardiologii i chyba polskiej medycyny w ostatnich 20 latach. Pokazaliśmy, że Polska może w 6 lat dogonić najlepszych – najlepsze ośrodki i państwa, w tym wskaźniki niemieckie i amerykańskie.

Ja chciałbym, żebyśmy jednak najpierw spojrzeli na problem nie od strony szczegółowej, tylko od strony – jak nazywają Amerykanie – *big picture*. Otóż spójrzmy na zdrowie Polaków w ostatnich 5 latach. Pierwszy fakt jest taki, że w 2014–2015 r. zatrzymał się wzrost długości życia, który mieliśmy nieustannie od 1980 r. W latach 80. mieliśmy spadek i ten wzrost był stały i cały czas. Ostatnie 5 lat – najważniejszy parametr zatrzymał się i o tym za mało rozmawiamy, bo on pokazuje, że coś jest nie tak.

Druga rzecz. W ostatnich 5 latach nasze badania pokazują, że kontrola czynników ryzyka determinujących zdrowie Polaków pogarsza się. Nastąpił spadek aktywności fizycznej i wzrost otyłości, a więc prewencja, jakkolwiek nie mówilibyśmy o tym, co robimy, okazała się przez ostatnie 5 lat nieskuteczna i wskazuje, że będzie wzrastała zapadalność i chorobowość.

I wreszcie trzeci fakt. To jest największe pogorszenie zdrowia Polaków od II wojny światowej, jakie spowodowała pandemia. To jest zgodna opinia nas wszystkich, patrząc na statystki zgonów. Zatem w okresie wychodzenia z pandemii będziemy mieli dwa problemy: problem dotyczący pandemii, ale także opóźnienia leczenia chorób układu krążenia, chorób nowotworowych. Proces, który musiał nastąpić, i będziemy mieli wielkie obciążenie systemu chorobami niezakaźnymi. W związku z tym wydaje mi się, że dyskusja o tym, żeby teraz wprowadzić pilotaż na 2 lata i za 2–3 lata określać priorytetowe działania w odniesieniu do chorób układu krążenia, trochę przypomina, jakbyśmy byli w Szwecji i to w okresie przed pandemią. Wydaje się, że racją stanu jest podjęcie natychmiastowych działań, dużo większych niż pilotaż sieci w całym systemie ochrony zdrowia.

Ten pilotaż oczywiście jest potrzebny. Opieka koordynowana musi się rozwijać, ale też przypomnę, że w programie POLKARD sukcesy, jakie odnieśliśmy z rozwojem rehabilitacji polegały na tym, że Instytut Kardiologii w Warszawie przeprowadził pilotaż telemonitoringu i rehabilitacji właśnie w województwie mazowieckim, ale równocześnie na Podkarpaciu daleko od Rzeszowa. To robili profesorowie Rużyłło i Piotrowicz. Nam więc się wydaje, że potrzebujemy dużo więcej, bo za rok, półtora roku, wobec naporu chorych na system zdrowia, premier zabierze głos i powie, że niestety musimy wstrzymać pilotaż, ponieważ mamy takie zadania, że musimy tu i teraz zacząć pracę.

Zatem, jeśli chodzi o to, co pokazał pan profesor Witkowski na posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia, ten projekt wielokierunkowych i kompleksowych działań wobec kardiologii, który powinien być rozpoczęty już teraz, to o to chcielibyśmy zaapelować do panów posłów. Pan poseł Latos, pan poseł Piecha, ówczesny pan senator Kraska, doskonale pamiętają, jak profesor Religa postanowił kontynuować POLKARD i wtedy to wszystko naprawdę świetnie się udało.

Kończąc już, reprezentując tę komisję do spraw współpracy z parlamentem i administracją publiczną, chcę powiedzieć, że ostatnie takie prawdziwe spotkanie, które było efektywne i było burzą mózgów, mieliśmy 27 września 2017 r. bezpośrednio z panią premier Beatą Szydło. Od tego czasu było dużo spotkań, ale naprawdę te spotkania nie były efektywne. Środowisko kardiologiczne, kardiochirurgiczne nie miało komunikacji, która byłaby efektywna. Dlatego, mając wielkie zaufanie i znając doświadczenie parlamentarne pana ministra Kraski – mamy wielkie zaufanie i wiemy, że pan minister jest bardzo życzliwy, pragmatyczny i wspierający – chcielibyśmy jednak poprosić o możliwość takiej burzy mózgów, tak jak mieliśmy z panią premier Szydło, z panem ministrem Niedzielskim i panem premierem Morawieckim. Chodzi o to, żeby porozmawiać o kardiologii nie z perspektywy wąskiej, pilotażu, który prawdopodobnie jest potrzebny, być może też na tym Podkarpaciu, bo Polska ma duże nierówności w opiece kardiologicznej, ale także

o tych działaniach, które zaproponowało środowisko kardiologiczne, a które przedstawił w Senacie pan profesor Witkowski, żeby tych działań było dużo więcej i żeby dużo więcej w kardiologii i kardiochirurgii się stało, bo w naszym głębokim przekonaniu jest to bardzo potrzebne.

Tak więc – już kończąc – KONS był skomplikowany, ale nie można 3 lata dyskutować o projekcie. Środowisko czuje się trochę sfrustrowane. Naprawdę potrzebne jest nowe otwarcie, lepsza komunikacja z nami. Dziękuję bardzo za uwagę.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję uprzejmie.

O zabranie głosu prosi jeszcze pani Agnieszka Wołczenko, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń „EcoSerce". Proszę uprzejmie. Proszę włączyć mikrofon.

**Prezes Zarządu Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń „EcoSerce" Agnieszka Wołczenko:**

Witam serdecznie wszystkich państwa. Jest mi bardzo miło i dziękuję za możliwość zabrania głosu w imieniu pacjentów kardiologicznych, których niestety – tak jak już tutaj padały stwierdzenia – jest najwięcej u nas w kraju.

Szanowni państwo, przysłuchując się tej dyskusji, mam takie wrażenie, że wszyscy państwo, zarówno parlamentarzyści, jak i specjaliści klinicyści mówicie jednym głosem. Chodzi o dobro pacjenta. My takie przeświadczenie mamy.

Chciałabym się odnieść w krótkich słowach do wypowiedzi zarówno pana ministra Kraski, jak i profesora Hryniewieckiego, dotyczących Krajowej Sieci Kardiologicznej. My sobie zdajemy sprawę z tego jako środowisko pacjentów, że jest to dopiero pilotaż, że tak naprawdę jest to dopiero wstęp do unormowania tej ścieżki pacjentów, żeby nam ułatwić ten dostęp, szybkość diagnostyki, leczenia itd. Natomiast pojawia się taka wątpliwość i pytanie. Z uwagi na to, że jest to forma pilotażu, która obejmuje terytorialnie jakąś część kraju, a również jest czasochłonna – tak jak pan minister Kraska mówił, per saldo jest to 25 miesięcy – chcielibyśmy zadać takie pytanie, także w imieniu Porozumienia Organizacji Kardiologicznych, które skupia 10 organizacji, czy i jak ministerstwo planuje zabezpieczyć pozostałą część pacjentów, która w tym momencie nie może skorzystać z tego pilotażu. W jaki sposób ministerstwo chciałoby nam umożliwić szybszą diagnostykę? Bo rozumiemy, czekamy na wyniki pilotażu, ale w międzyczasie, przez te prawie 2 lata, niestety większa część pacjentów nie będzie miała takiej możliwości, żeby z tego skorzystać. Pan minister Kraska podał – jeśli dobrze pamiętam – że jest to dedykowane dla, przynajmniej w obszarze województwa mazowieckiego, 17 tys. odbiorców. Jak to się ma do liczby pacjentów kardiologicznych w ogóle?

Kolejne pytanie, które chciałabym zadać – liczymy na odpowiedź – czy poza siecią kardiologiczną, którą oczywiście wspieramy, bo to jest dobry pomysł… Natomiast przychylamy się do stanowiska pana profesora Witkowskiego, który reprezentuje Polskie Towarzystwo Kardiologiczne – dobrze by było, żeby to była nierozerwalna konstrukcja wraz z programami, które już w tej chwili funkcjonują, zdają egzamin i rozszerzeniem o pilotaż KONS. Czy ministerstwo przygotowuje jeszcze jakąkolwiek inną strategię, która zabezpieczy dostęp do świadczeń dla nowej grupy pacjentów, która dopiero będzie do nas napływała? Mam na myśli pacjentów, którzy do tej pory nie byli pacjentami kardiologicznymi, natomiast, z uwagi na aktualną sytuację, tymi pacjentami będą się stawać lub już się stają.

Zwróćmy uwagę na jedną rzecz. Powikłania postcovidowe uderzają w układ krążenia. Coraz częściej i coraz więcej czytamy, spotykamy się z doniesieniami o takich powikłaniach. Niestety, z przykrością trzeba powiedzieć, że to jest bardzo rozwojowy trend. Jak w kontekście samego pilotażu ministerstwo planuje zabezpieczyć dostęp tych nowych pacjentów i do diagnostyki, i do leczenia? Zdajemy sobie sprawę z tego, że możliwości systemowe są ograniczone. W tej chwili spotykamy się z trudnościami w dostępie do leczenia, do diagnostyki, a co będzie za czas jakiś, gdy tych pacjentów będziemy mieć więcej.

Kolejne pytanie czy spostrzeżenie ze strony pacjentów. Rzecz bardzo istotna dla nas. Coś, o czym ciągle wspominamy, o co ciągle apelujemy, czyli regularny dostęp do nowych

terapii lekowych, do nowych terapii zdalnych. Nie bez przyczyny prowadzimy w tej chwili kampanię „TeleSERCE – Serce pod kontrolą", ponieważ jest to doskonałe narzędzie, które umożliwiłoby opiekę nad tymi pacjentami. Poza tym ograniczyłoby wydłużanie się kolejek do specjalistów. Jesteśmy przekonani, że byłoby to narzędzie, które w jakiś sposób usprawni funkcjonowanie systemu w obszarze kardiologii, odciąży ten system. Oczywiście mamy świetnych specjalistów, rewelacyjne ośrodki, natomiast proszę pamiętać o tym, że niestety te braki kadrowe…

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Przepraszam. Gdyby pani mogła zmierzać do puenty.

**Prezes Zarządu OSPSSiN „EcoSerce" Agnieszka Wołczenko:**

Już. Chciałabym jeszcze odnieść się do tych rozwiązań zdalnych, czyli na przykład możliwości dostępu pacjentów nie tylko do telemonitoringu, lecz także do monitoringu urządzeń wszczepialnych, a także do rehabilitacji. Brakuje nam w tym programie właśnie elementu rehabilitacji i tego, o czym dzisiaj też była mowa, czyli profilaktyki i prewencji pierwotnej, bo to jest program dedykowany już pacjentom zdiagnozowanym czy na ścieżce diagnostycznej. Natomiast nie zapominajmy, że naszym zadaniem jest zapobieganie tym chorobom, a nie tylko leczenie. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję uprzejmie.

Więcej zgłoszeń nie widzę. Zanim oddam głos panu ministrowi, pozwolę sobie jeszcze na taką uwagę, która wydaje mi się, też wybrzmiewa z tej dyskusji, z różnych głosów. Pilotaż w tak ważnym ośrodku jak Anin jest oczywiście bardzo ważny, ale wydaje się, że jakby nie mamy czasu na 25 miesięcy. Wydaje się więc, że zasadne byłoby jednak wdrożenie tych różnych procedur i rozwiązań możliwie jak najszybciej w całej Polsce. Sądzę, że takie są oczekiwania.

Bardzo proszę, panie ministrze.

**Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:**

Dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, dziękuję za tę dyskusję. Gdy byłem przewodniczącym senackiej Komisji Zdrowia, to zawsze apelowałem o dyskusję merytoryczną, tak jak dzisiaj pan przewodniczący Tomasz Latos, bo myślę, że zdrowie powinno być jednak ponad podziałami politycznymi. Chciałbym, żeby tak było i tym razem, więc dlatego dziękuję państwu za te głosy.

Od pewnego czasu zajmuję się sprawami kardiologicznymi w Ministerstwie Zdrowia i od tego momentu jest to już kolejne nasze spotkanie nie tylko w parlamencie. W ubiegłym tygodniu rozpoczęliśmy – mam nadzieję – razem z towarzystwem kardiologicznym cykl spotkań typowo roboczych, podczas których chcemy wsłuchiwać się w głosy polskich kardiologów. Myślę bowiem, że ta dyskusja osób, które na co dzień pracują z pacjentami, jest dla nas bardzo ważna i wnioski, które z tej dyskusji płyną, na pewno będziemy wykorzystywać. Dlatego dziękuję państwu profesorom za te dzisiejsze głosy.

Chciałbym także państwa od razu uspokoić. Pilotaż będzie prowadzony początkowo tylko w województwie mazowieckim – to się zgadza – ale wiemy już w tej chwili, że go rozszerzymy o kolejne ośrodki i to w miarę szybko. Nie będę w tej chwili mówił, o ile tych ośrodków, bo jeszcze trwa analiza, ale na pewno ten pilotaż będzie zdecydowanie szeroki. Pilotaż sam w sobie ma służyć temu, abyśmy wypracowali pewną strategię, pewien szkielet tej sieci kardiologicznej. Na pewno w czasie pilotażu wyjdą pewne rzeczy, które trzeba będzie poprawić. Przewidzieliśmy okres samego pilotażu na 18 miesięcy. Myślę, że to jest taki okres, który pozwoli nam wypracować pewne modele.

Jeżeli już mówimy o Mazowszu, to dlaczego wybraliśmy Anin, powiedział już pan profesor Zembala – rzeczywiście jest ośrodek wiodący. Jestem przekonany, że najlepszy na Mazowszu, spełniający wszystkie kryteria, które zostały założone, jako ośrodka koordynującego ten pilotaż. Jednak w Polsce są podobne ośrodki, które taką funkcję też zdecydowanie spełnią. Będziemy wtedy mieli – co państwo mówili – zdecydowanie szerszy obraz tego, jak ten pilotaż zadziałał w innych miejscach w naszym kraju, więc na pewno dość szybko uruchomimy w kolejnych ośrodkach podobne działania. Musimy

jednak na razie wystartować. Dajcie nam jeszcze chwilę. To już będzie naprawdę bardzo szybko, a wtedy będzie dzielić się naszymi doświadczeniami z ośrodkami w innych miejscach w Polsce.

To finansowanie, które jest w tej chwili zaplanowane, to 35,6 mln zł. To dużo i mało. Tak więc ten pilotaż pokaże nam, czy te środki są wystarczające, czy one nie będą musiały być zwiększone. Ja też jestem zwolennikiem pilotażu, ponieważ to zawsze pokazuje nam mechanizm powstania programu dla całego kraju, aczkolwiek zgadzam się, że jeżeli chodzi o kardiologię, to na pewno wyzwania są dość duże. Chcemy, żeby to jak najszybciej zadziałało także w całym kraju.

Jeżeli chodzi o zatorowość płucną, to myślę, że pan profesor Hryniewiecki ustosunkuje się do tego, czy to powinno być włączone, czy nie. Myślę, że to chyba tyle, bo głównie były pytania o pilotaż na Mazowszu i czy będzie rozszerzany. Mogę więc to państwu zagwarantować, że będzie niedługo rozszerzony o kilka kolejnych ośrodków. Jeżeli pan profesor Hryniewiecki…

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Pan profesor Hryniewiecki, proszę uprzejmie.

**Dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie Tomasz Hryniewiecki:**

Dziękuję bardzo. Jestem szczęśliwy, że środowisku kardiologicznemu wreszcie udało się przekonać władze do tego, że konieczna jest interwencja w opiece kardiologicznej. Właśnie tego przykładem jest pilotaż. Uważam, że to jest wydarzenie przełomowe. Tak jak onkologom się udało – z zazdrością patrzyli kardiolodzy na środowisko onkologiczne – teraz my również mamy szansę wprowadzić nowy system opieki kardiologicznej, który pomoże naszym pacjentom, przyspieszy właściwe rozpoznanie i leczenie na najwyższym poziomie.

Oczywiście to jest pilotaż. Mam nadzieję, że ten pilotaż będzie jak najszybciej rozszerzony na kolejne ośrodki – wcześniej niż przewiduje to rozporządzenie ministra zdrowia – i rozszerzony na kolejne grupy jednostek chorobowych.

Bardzo dziękuję za wsparcie Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego dla tego projektu. Przecież będziemy ten projekt prowadzili w jakimś sensie wspólnie, zwłaszcza że pan profesor Witkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, jest kierownikiem kliniki w Narodowym Instytucie Kardiologii w Warszawie-Aninie.

Bardzo dziękuję za wsparcie panu profesorowi Marianowi Zembali. Śląskie Centrum Chorób Serca jest jednym z najważniejszych ośrodków kardiologicznych i kardiochirurgicznych. Oczywiste jest, że ten pilotaż jak najszybciej powinien być rozszerzony również na województwo śląskie i rola tego ośrodka jest bezdyskusyjna. Mam nadzieję, że też inne województwa, a właściwie obszary, bo mówiliśmy o tym, że nie wszystkie województwa są na tyle silne, żeby koordynować taką formę opieki nad pacjentami… Oczywiście możliwe jest porozumienie ośrodków z kilku województw, porozumienie ośrodków, które nie dysponują wszystkimi możliwościami leczenia. Tak jak mówił pan profesor Zembala, nie musimy tworzyć nowych ośrodków transplantologicznych. Możemy porozumieć się i pełnić opiekę nad pacjentami w grupach ośrodków.

Jeśli chodzi o jednostki chorobowe, te, które wybraliśmy, już to omawiałem, ale oczywiście bardzo szybko trzeba rozszerzać ten projekt. Zatorowość płucna jest na pierwszym miejscu spośród tych jednostek chorobowych, które chcemy włączyć. Zaburzenia lipidowe, hipercholesterolemie też oczywiście wymagają odpowiedniej opieki, ale przypominam, że jesteśmy w trakcie pilotażu w tych obszarach, więc trudno, żeby równolegle prowadzone pilotaże zakłócały nawzajem rekrutację pacjentów.

Jeśli chodzi o wprowadzenie konkretnych metod opieki, metod diagnostycznych, terapeutycznych, to wszystko będzie opracowywane przez zespoły ekspertów w pierwszej fazie realizacji pilotażu. Rola telemedycyny nie podlega dyskusji i będzie uwzględniona, zwłaszcza że tutaj są grupy rozpoznań, gdzie to jest szczególnie wartościowe, chociażby niewydolność serca, ale również pacjenci po operacjach wad zastawkowych. Tutaj ten monitoring może być szczególnie potrzebny.

Na początku pilotażu ścieżki pacjenta będą opracowywały zespoły ekspertów i na pewno uwzględnimy wszystkie najnowocześniejsze sposoby i możliwości. Przypominam, że Narodowy Instytut Kardiologii jest jednym z pionierów telemedycyny, również telerehabilitacji. O tym zresztą wspominał pan profesor Zdrojewski, za co bardzo dziękuję.

No i wreszcie chcę powiedzieć, że Krajowa Sieć Kardiologiczna traktuje to właśnie jako przełom, rewolucję, również w spojrzeniu na problemy pacjentów z chorobami układu krążenia przez ministerstwo. To jest tylko początek i fragment znacznie większego programu, jakim jest Narodowy Program Chorób Układu Krążenia. To jest program, który ma mieć charakter projektu z zakresu zdrowia publicznego, analogicznie jak Narodowa Strategia Onkologiczna. Prace zostały podjęte ponad rok temu w Ministerstwie Zdrowia. Przewodniczę zespołowi, który przygotowuje te materiały dotyczące profilaktyki chorób układu krążenia, leczenia.

Szczegółowy projekt rozpisany na wiele lat, 10 lat, ma być w jakimś stopniu kontynuacją tego projektu POLKARD, o którym mówił pan profesor Zdrojewski. W pracach nad tym projektem uczestniczą różne towarzystwa naukowe, różne grupy ekspertów, również Polskie Towarzystwo Kardiologiczne. Niestety trochę te prace się przedłużyły, ale to jest przykra konsekwencja pandemii. Mam nadzieję, że wkrótce zostaną sfinalizowane i projekt koordynowanej opieki, Krajowa Sieć Kardiologiczna, będzie tylko częścią znacznie szerszego i kompleksowego spojrzenia na problemy chorób układu krążenia, które również ten program uwzględni. Także problemy daleko wykraczające poza kardiologię, a więc neurologia, chirurgia naczyniowa, angiologia, oczywiście o kardiochirurgii już nie muszę mówić, bo współpraca z kardiochirurgami jest codziennością dla kardiologów i jest oczywiście nieodzowna. Bardzo dziękuję.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję uprzejmie.

Zamykam tę pierwszą część dzisiejszego posiedzenia Komisji. Myślę, że płynnie możemy przejść do części drugiej, punktu drugiego poświęconego kardiochirurgii.

Bardzo proszę, panie ministrze. Oddaję panu głos.

**Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:**

Dziękuję, panie przewodniczący. Jeżeli pan oczywiście pozwoli, to kwestię finansowania i funkcjonowania kardiochirurgii w Polsce przedstawiłby pan dyrektor Michał Dzięgielewski.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Oczywiście. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

**Dyrektor Departamentu Lecznictwa w MZ Michał Dzięgielewski:**

Dziękuję. Dzień dobry, panie przewodniczący. Dzień dobry, panie posłanki, panowie posłowie. Dzień dobry wszystkim zaproszonym gościom. W przeciwieństwie do kardiologii w kardiochirurgii tak wielkich przełomów nie widać. Myślę więc, że to będzie raczej spotkanie na roboczo, z przedstawieniem zdania zaproszonych gości. W przedstawionym materiale jest dość dużo danych statystycznych, tak więc ja pozwolę sobie w telegraficznym skrócie przedstawić dwa drobne wyłomy, które były w kardiochirurgii i omówić pokrótce sytuację zarówno z dostępem do świadczeń, jak i z finansowaniem tego z punktu widzenia instytucji płatnika przede wszystkim.

Jeżeli chodzi o rewolucje, to polegały głównie na przeniesieniu miejsca finansowania i sposobie kontraktowania świadczeni z zakresu tak zwanych świadczeń wysokospecjalistycznych. To znaczy, od 1 października 2019 r. to Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje takie procedury jak wideotorakoskopowa ablacja w ciężkim niepoddającym się leczeniu migotaniu przedsionków, operacje wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym u dorosłych, przezskórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca oraz przezcewnikowa nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej u chorych wysokiego ryzyka. Te świadczenia były pierwotnie kontraktowane i finansowane przez Ministerstwo Zdrowia, a następnie zostały przeniesione jako świadczenia gwarantowane do Narodowego Funduszu Zdrowia i tam są finansowane.

Następna zmiana była 1 kwietnia 2020 r. i polegała na podobnym ruchu, czyli z Ministerstwa Zdrowia do Narodowego Funduszu Zdrowia przeszło zarówno kontraktowanie,

jak i finansowanie takich świadczeń jak operacje wad wrodzonych serca i wielkich naczyń u dzieci do ukończenia pierwszego roku życia z wyłączeniem operacji izolowanego przewodu tętniczego Botalla, operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym u dzieci do lat 18 i kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18, w tym przezskórne zamykanie przecieków z użyciem zestawów zamykających. Wszystko to, co wcześniej było finansowane i kontraktowane przez Ministerstwo Zdrowia, zostało zamieszczone w katalogu płatnika. Te świadczenia zostały zakontraktowane w drodze konkursów lub rokowań, w zależności od tego, ile ośrodków mogło spełnić wszystkie te warunki i w tej chwili jest normalnie finansowane w ramach raportów rozliczeniowych.

Jeżeli chodzi o dostępność do świadczeń, proszę państwa, to jeśli chodzi o kardiochirurgię, cały teren Polski jest dość dobrze pokryty ośrodkami udzielającymi świadczeń zarówno z zakresu ambulatoryjnego, jak i hospitalizacji. To znaczy, na terenie każdego z 16 województw posiadamy zarówno poradnie, jak i oddziały kardiochirurgiczne. Oczywiście należy nadmienić, że są takie województwa jak: Mazowsze, gdzie poradni jest 6 i jest tyle samo oddziałów kardiochirurgii dla dorosłych; Śląsk, gdzie jest podobnie dużo; Wielkopolska, gdzie jest 5 poradni. Niemniej jednak nie ma województwa, które nie posiadałoby chociaż jednej poradni kardiochirurgicznej czy chociaż jednego oddziału kardiochirurgicznego. Bodajże ostatnim miejscem, gdzie był taki deficyt, było lubuskie, ale zostało to rozwiązane lata temu poprzez jakby wypączkowanie z ośrodka wrocławskiego.

Natomiast, jeśli chodzi o poradnię kardiochirurgiczną dla dzieci, to takie poradnie znajdują się wyłącznie w trzech województwach. Są to województwa małopolskie, śląskie i wielkopolskie. Oczywiście są to poradnie, które znajdują się przy ośrodkach udzielających świadczeń z kardiochirurgii dziecięcej. Natomiast oddziały kardiochirurgii dla dzieci znajdują się w siedmiu województwach. Są to województwa: dolnośląskie, łódzkie, małopolskie, mazowieckie, gdzie takie ośrodki są dwa; pomorskie, śląskie – ponownie dwa ośrodki i wielkopolskie – ośrodek jeden.

Jeżeli chodzi o finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu kardiochirurgii, to przeciętnie rocznie wydajemy nieco ponad 300 mln zł – dotyczy to lat 2018–2019. Oczywiście nie wszystko jest przeznaczone na oddziały kardiochirurgiczne. Na oddziały kardiochirurgii jest z tego nieco ponad ćwierć miliarda. To jest 270 mln zł – 260 mln w normalnych latach, jeszcze raz powtórzę, bo mówimy o latach 2018–2019. Zaraz powiem o pewnej odmienności roku 2020. Czyli około 270 mln zł w ramach normalnej hospitalizacji na kardiochirurgii, jeżeli chodzi o leczenie ostrego zawału serca, bo osobno finansujemy świadczenia kardiochirurgiczne w ramach programu KOS-Zawał. W roku 2018 są to 33 mln zł i prawie 40 mln zł w roku 2019. Jeśli chodzi o poradnie, jest to mniej więcej 2,5 mln zł.

Natomiast w roku 2020, proszę państwa, w związku z epidemią COVID-19, doszło do pewnego załamania realizacji świadczeń, jeżeli chodzi o kardiochirurgię. Czyli zeszliśmy do poziomu mniej więcej ćwierć miliarda w roku 2020. Jest to spadek w stosunku do lat poprzednich o mniej więcej 60–70 mln. Ten spadek nie dotyczył, praktycznie rzecz biorąc, świadczeń, jeżeli chodzi o kardiochirurgię dziecięcą. One utrzymały się na podobnym poziomie jak w latach poprzednich. Natomiast, jeżeli chodzi o kardiochirurgię dla dorosłych, przyczyny tego spadku były dwie. Pierwsza jest taka, że wszyscy wiemy o tym, że pacjenci od początku pandemii unikają operacji, które nie są wymuszane sytuacją życiową. Jeżeli coś można przełożyć, przekładają, starają się trafić do szpitala w ostatniej chwili.

Druga przyczyna. Trzykrotnie w szczytach pandemii wydawane były zalecenia – bo to nigdy nie były twarde wytyczne, ale zalecenia – mówiące o ograniczaniu operacji planowych. Jedną z operacji wskazywanych wprost do ograniczania było pomostowanie tętnic wieńcowych. Natomiast w czasie epidemii praktycznie żadne podmioty nie wstrzymywały same z siebie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. W trzech podmiotach uruchamiano łóżka, które były przeznaczone do leczenia kardiochirurgicznego pacjentów zakażonych COVID. Tak więc te ograniczenia administracyjne, a przede wszystkim zamknięcia z powodów sanitarno-epidemiologicznych, tych wszystkich oddziałów kardiochirurgicznych aż tak nie dotyczyły.

Jeżeli chodzi o czas oczekiwania, w kardiochirurgii w żadnym wypadku i w żadnym roku nie przekracza on 30 dni. Najdłuższy czas oczekiwania to jest w tej chwili 30 dni średniego rzeczywistego czasu oczekiwania w przypadkach stabilnych, jeżeli chodzi o oddziały kardiochirurgiczne. Zazwyczaj są to oczekiwania 2-, 3-tygodniowe, jeżeli chodzi o przypadki stabilne, a jeżeli chodzi o przypadki pilne, to czas oczekiwania jest znacznie krótszy. Około 1,5 tys. osób czeka w tej chwili do poradni kardiochirurgicznej, jeżeli chodzi o przypadki stabilne. Praktycznie nikt nie czeka na świadczenia w poradni kardiochirurgicznej dla dzieci. Około 500 osób czeka na świadczenia w oddziale kardiochirurgicznym i tu jest właśnie ten najdłuższy, 30-dniowy czas oczekiwania.

Tyle tytułem telegraficznego skrótu. Dokładne rozbicie materiałów mają państwo w przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia…

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Bardzo dziękuję.

Otwieram dyskusję. Może na początek poproszę o zabranie głosu pana profesora Widenkę. Chciałbym też zasygnalizować, że tym razem nie zrobimy podziału na zaproszonych gości i posłów, tylko tak jak poszczególne osoby będą się zgłaszać, tak będę udzielał głosu.

Bardzo proszę, panie profesorze.

**Prezes Klubu Kardiochirurgów Polskich Kazimierz Widenka:**

Bardzo dziękuję. Panie i panowie przewodniczący, panie posłanki, panowie posłowie, bardzo serdecznie dziękuję za możliwość udziału w tym posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia. Nazywam się Kazimierz Widenka. Jestem prezesem Klubu Kardiochirurgów Polskich. To stowarzyszenie, które od lat reprezentuje środowisko kardiochirurgiczne w Polsce. Należą do niego kierownicy klinik i ordynatorzy oddziałów. Do członków Klubu Kardiochirurgów Polskich należeli między innymi śp. profesor Zbigniew Religa, profesor Wacław Sikorski i wielu innych znamienitych polskich kardiochirurgów. Jego członkami są profesorowie Antoni Dziatkowiak, Marian Zembala, Stanisław Woś, Jacek Różański. To byli i obecni konsultanci krajowi w dziedzinie kardiochirurgii.

Na ostatnim posiedzeniu Klubu Kardiochirurgów Polskich, które odbywa się corocznie dwa razy, a z powodu pandemii odbyło się w formie online, przedstawiliśmy zatrważający naszym zdaniem raport dotyczący funkcjonowania oddziałów kardiochirurgicznych w naszym kraju, różniący się nieco od tego, co przed chwilą przedstawił nam pan minister. Myślę jednak, że będziemy się ładnie różnić.

Wykonujemy w Polsce ponad 25 tys. operacji kardiochirurgicznych rocznie, w tym prawie 2400 operacji wad wrodzonych u dzieci. Zabiegi są wykonywane na 38 oddziałach, w tym 9 oddziałach kardiochirurgii dziecięcej. Są to w przeważającej większości ośrodki uniwersyteckie, instytuty podległe Ministerstwu Zdrowia lub oddziały współpracujące z uniwersytetami. Jak się dowiedzieliśmy, średnie finansowanie roczne to jest około 270 mln zł, z czego 33 mln zł w KOS, a z tego KOS około 3 mln zł, jak myślę, to jest ta część kardiochirurgiczna. Pozostałe 30 mln zł to będzie część kardiologiczna oraz rehabilitacyjna.

Jak już wcześniej mówił pan minister i nasz przyjaciel kardiochirurg, profesor Marian Zembala, ważne są rejestry… Krajowemu Rejestrowi Operacji Kardiochirurgicznych, który prowadzimy od…

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Panie profesorze, niestety, ma pan problemy… Zrywa nam połączenie z panem. Spróbujemy kontynuować, w razie czego będziemy później szukać jakichś innych…

**Prezes KKP Kazimierz Widenka:**

To się zdarza. Postaram się…

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Bardzo proszę na razie kontynuować.

**Prezes KKP Kazimierz Widenka:**

Bardzo dziękuję. Krajowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych weryfikowany jest z bazami PESEL. Z tego powodu mamy bardzo dokładnie określaną śmiertelność szpitalną 30-dniową i nawet średnioodległą roczną, co jest ewenementem nie tylko w Polsce, lecz także na świecie. Dane te są oczywiście dostępne – są w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia, jako że rejestr ten jest finansowany w ramach programu Ministerstwa Zdrowia. W roku przedpandemicznym, czyli w 2019, w Polsce wykonano ponad 25 tys. operacji kardiochirurgicznych ze średnią śmiertelnością 3,8%, w tym 2393 operacje wad wrodzonych ze śmiertelnością 5,01%.

Dysponujemy 990 łóżkami szpitalnymi w oddziałach kardiochirurgii, 78 salami operacyjnymi. Ponad 380 łóżek intensywnej opieki medycznej pozostaje do dyspozycji kardiochirurgii. To jest najlepsza opieka intensywnej terapii, jaką można sobie wyobrazić, wyposażona w znakomity sprzęt, fachową opiekę lekarską i pielęgniarską. To właśnie te miejsca na naszych oddziałach i oddziałach intensywnej terapii kardiochirurgicznej z dnia na dzień zostały w sporej części przekształcone w oddziały covidowe. Dzięki wysiłkom naszych lekarzy anestezjologów, kardiochirurgów i pielęgniarek udało się uratować życie wielu pacjentów zarażonych koronawirusem, których leczyliśmy z użyciem respiratorów, ale i terapią ECMO, która tak naprawdę w naszym kraju dostępna jest wyłącznie na oddziałach kardiochirurgicznych.

Podsumowując tę część – żaden kraj nie może sobie pozwolić na funkcjonowanie, jak się okazuje, szczególnie w okresie pandemii i wojny, bez sprawnie działającej kardiochirurgii. W chwili obecnej pracujemy, jak można rzec, na 200%, bo oprócz terapii ECMO u pacjentów z COVID-19 wykonujemy na oddziałach kardiochirurgii zabiegi operacyjne, które są przecież z założenia zabiegami ratującymi życie. W chirurgii wieńcowej średnie przeżycie pacjentów z zajęciem pnia lewej tętnicy wieńcowej to około 2 lata, a w ciasnej stenozie aortalnej 2 do 3 lat, a w przypadku rozpoznanego tętniaka aorty 5 lat przeżywa zaledwie 10% pacjentów. W roku 2019 wykonaliśmy w Polsce 1714 operacji tętniaków, 6474 operacje wymiany zastawki aortalnej i 10 tys. operacji wieńcowych.

Ze względu na ramy czasowe tego spotkania przedstawiam tylko niewielki wycinek naszej działalności. Na przestrzeni ostatnich lat operujemy coraz trudniejsze przypadki. 37% pacjentów operowanych na serce ukończyło 70 lat, a 8% – 80 lat. Większość pacjentów, których kwalifikujemy do operacji w innych dziedzinach medycyny, jest dyskwalifikowana z zabiegów ortopedycznych, ginekologicznych, ogólnochirurgicznych i innych. Można śmiało powiedzieć, że to, co w naszej specjalności jest wskazaniem do leczenia operacyjnego, w innych dziedzinach jest przeciwwskazaniem.

W Polsce wykonywane są wszystkie zabiegi operacyjne z dziedziny kardiochirurgii, zarówno dziecięcej, jak i dorosłych. Dzięki naszemu zaangażowaniu i znakomitym wynikom leczenia jesteśmy chyba jedyną dziedziną medycyny w Polsce, która nie wysyła pacjentów za granicę. W ciągu ostatnich lat Ministerstwo Zdrowia sfinansowało jedynie 8 operacji kardiochirurgicznych u dzieci i ani jednej u dorosłych, wykonywanych za granicą. Świadczy to dobitnie o poziomie polskiej kardiochirurgii.

Tutaj pozwolę sobie tylko na dygresję – 270 mln zł przeznaczamy na kardiochirurgię. Jedna operacja kardiochirurgii dziecięcej wykonywana w Stanach Zjednoczonych kosztuje Ministerstwo Zdrowia 2 mln dolarów, czyli 8 mln zł.

Szanowni państwo, od wielu lat z wielkim smutkiem obserwujemy stopniowy spadek liczby wykonywanych zabiegów operacyjnych w Polsce. W 2013 r. wykonano w Polsce 27 tys. operacji kardiochirurgicznych. To spadek… (*niesłyszalne*) w porównaniu z latami poprzednimi. Składa się na to wiele czynników, ale decydujący jest czynnik ekonomiczny.

Rok 2020 dla polskiej medycyny i kardiochirurgii był rokiem tragicznym, ale za to trudno kogokolwiek winić oprócz wirusa SARS-CoV-2. Zgodnie z danymi za pierwsze 6 miesięcy ubiegłego roku zanotowano spadek liczby zabiegów operacyjnych o 23% w porównaniu z analogicznym okresem roku 2019, w tym o 17% w chirurgii wad zastawkowych i 30% w chirurgii wieńcowej. Odnotowujemy większą niż zazwyczaj śmiertelność w kolejkach oczekujących na zabiegi operacyjne i nie zgodziłbym się z wykazanym tutaj przez ministra 30-dniowym okresem oczekiwania zarówno w kardiochirurgii dziecięcej, jak i w kardiochirurgii dorosłych.

Cześć chorych, która przeżyje, trafi do nas w znacznie gorszym stanie, co generować będzie dodatkowe koszty. W ostatnich latach, na skutek spadku rentowności naszych klinik i oddziałów, dochodzi do postępującej degradacji naszej specjalności. To mocne słowa, ale te słowa są prawdziwe. W związku z rażąco niską wyceną procedur kardiochirurgicznych dyrektorzy szpitali, kierując się nie tylko aspektami ekonomicznymi, ograniczają liczbę wykonywanych procedur kardiochirurgicznych na rzecz lepiej wycenionych zabiegów kardiologicznych, okulistycznych, urologicznych i innych.

Wycena procedur kardiochirurgicznych jest od wielu lat na niezmienionym poziomie, z udokumentowanym niedoszacowaniem nie tylko w ocenie dyrekcji poszczególnych szpitali, ale także AOTMiT. Ze względu na brak waloryzacji JGP od kilkunastu lat średni poziom niedoszacowania wynosi obecnie od 18 do 46% w różnych typach procedur, im bardziej złożonych, tym znacząco bardziej nieoszacowanych. Operacje inne i ratujące życie, takie jak ECMO, wspomaganie serca, operacje tętniaków aorty, operacje serca u noworodków i wiele innych, wymagają pilnej waloryzacji…

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Panie profesorze, ja bym bardzo prosił, żeby pan profesor mógł pomału zmierzać do puenty, bo dość długo pan profesor mówi.

**Prezes KKP Kazimierz Widenka:**

Ja staram się, panie pośle. Postaram się… I tak staram się w dużym skrócie to przedstawiać. Nie przekroczyłem jeszcze nawet 5 minut, ale bardzo serdecznie dziękuję.

Wycena procedur, z kolei…

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Przepraszam bardzo. Wydaje mi się, że nie przekroczył pan może 10 minut, bo 10 minut mówi pan na pewno. Tak więc, bardzo proszę.

**Prezes KKP Kazimierz Widenka:**

Wycena procedur chirurgii wieńcowej, czyli tak zwane popularne by-passy na przestrzeni prawie dziesięciu lat wzrosła prawie o 7%. Dotyczy to większości, jeżeli nie wszystkich operacji kardiochirurgicznych.

Wielokrotnie staraliśmy się – już podsumowując – o zmianę wyceny procedur kardiochirurgicznych. Tak naprawdę z żalem odbijamy się zarówno od drzwi Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i Ministerstwa Zdrowia i nie uzyskaliśmy żadnej istotnej poprawy wyceny procedur kardiochirurgicznych. Należy również wziąć pod uwagę to, że pandemia COVID-19 spowoduje, że część pacjentów będzie do nas trafiać w znacznie trudniejszej sytuacji, na zaawansowanym poziomie choroby i będziemy mieć więcej pacjentów – jak już wcześniej też wspomniano – z zatorowością płucną, ale też z niewydolnością mięśnia sercowego. Istnieją też rzeczy, o których muszę powiedzieć. To są pozaekonomiczne aspekty. Mianowicie w przypadku braku natychmiastowej reakcji przyniosą one wieloletnie negatywne efekty.

Kardiochirurgia należy do najtrudniejszej specjalności lekarskiej. Wykształcenie kardiochirurga wymaga wiele lat ciężkiej pracy zarówno dla ucznia, jak i nauczyciela. Wielogodzinne zabiegi operacyjne, dyżury pod telefonem, konieczność nieustannej edukacji odstręczają nowych adeptów od kardiochirurgii. Wykształcenie wysokiej klasy specjalisty wymaga 10–15 lat. Jeżeli już dzisiaj nie zaczniemy działać, to sytuacja w pewnym momencie doprowadzi nas na skraj przepaści.

Dlatego proponujemy kilka rozwiązań, które pomogą tę sytuację poprawić. Przede wszystkim to nielimitowanie oraz odrębne finansowanie procedur kardiochirurgicznych. Przy takiej kwocie przeznaczonej na kardiochirurgię wydaje mi się, że państwo polskie stać na to. Jako pilne działanie doraźne prosimy o umożliwienie: zastosowania współczynnika korekcyjnego o wartości 1,2 dla świadczeniodawców udzielających świadczeń kardiochirurgicznych; ułatwienia rozliczania kosztów procedur kardiochirurgicznych, które, przynajmniej jeśli chodzi o rozliczanie razem z pobytem OIOM-owym, bardzo nam utrudniają rozliczenia; wprowadzenia nowych procedur, których nie ma w katalogu – są wykonywane przez pasjonatów – a doprowadzają do rosnącego zadłużenia oddziałów kardiochirurgicznych. Mowa tutaj o chirurgii m.in. małoinwazyjnej, endowaskularnej.

Poprawy wymaga również finansowanie przeszczepów serca i płuc. Jak wiemy, przeszczepy płuc narosną nam lawinowo w związku z pandemią.

Na zakończenie – musimy stworzyć przynajmniej jeden ośrodek kardiochirurgii wad dziecięcych u dorosłych, z tego powodu, że jeżeli tego nie zrobimy, to będziemy wysyłać pacjentów na operacje do Stanów Zjednoczonych za takie pieniądze, o których mówiłem w pierwszej części swojego wystąpienia.

Panie posłanki, panowie posłowie, sytuacja polskiej kardiochirurgii jest poważna i dla dobra naszych obywateli wymaga pilnej reakcji z państwa strony. Wszystkim zainteresowanym gotowi jesteśmy przedstawić szczegółowy raport i formy rozwiązania naszych problemów. Jeżeli przekroczyłem nieco czas, to najmocniej przepraszam, ale chciałem zwrócić uwagę na to, że pierwszej części, czyli kardiologii, poświęciliśmy prawie dwie godziny.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Panie profesorze, dwie godziny będą z 10 minut. To tak na marginesie à propos tamtego punktu. Po drugie, te wystąpienia były jednak zdecydowanie krótsze, łącznie z wystąpieniem pana ministra. Ale oczywiście rozumiem, bo pan profesor mówił o bardzo ważnych rzeczach i my tego z ogromnym zainteresowaniem wysłuchaliśmy, co nie zmienia faktu, że moją niewdzięczną rolą jest również to, żeby pilnować pewnej dyscypliny czasowej.

**Prezes KKP Kazimierz Widenka:**

Ja to oczywiście rozumiem i doceniam.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Bardzo proszę, kolejne zgłoszenia. Zgłaszał się, również do tego wcześniejszego punktu, pan przewodniczący Miller.

Bardzo proszę, panie przewodniczący.

**Poseł Rajmund Miller (KO):**

Panie przewodniczący, panowie ministrowie, panie posłanki i panowie posłowie, z ogromnym zainteresowaniem wysłuchałem tego, o czym wszyscy państwo mówili i faktycznie polityka powinna być daleko od opieki zdrowotnej. Muszę jednak powiedzieć, że nie uzyskałem od państwa informacji w takim zakresie, w jakim bym chciał uzyskać w dobie pandemii COVID-u, dlatego że informacje przedstawione przez panów ministrów są takie, jak by była realizowana – ja to rozumiem – polityka planowa sieci, polityka planowa rozwoju kardiologii i kardiochirurgii. Natomiast znaleźliśmy się w specyficznej sytuacji.

Zgadzam się z panem posłem Sośnierzem. Nie jestem kardiologiem, ale uważam, że dzisiaj nie ma czasu na pilotaż, ponieważ sytuacja pacjentów kardiologicznych jest fatalna, a będzie jeszcze gorsza. Przypomnę o olbrzymiej umieralności Polaków na wszystkie choroby, ale jeżeli chodzi o choroby kardiologiczne, to w ostatnim roku ta umieralność zwiększyła się trzykrotnie. Chciałbym usłyszeć od panów informację, co ministerstwo zamierza zrobić w obecnej sytuacji, naprawdę bardzo poważnej, dlatego że to nie jest tylko kwestia ośrodków kardiologicznych czy kardiochirurgicznych. Są to również błędy i niedopatrzenia w zakresie działania POZ, w zakresie braku dostępu pacjentów do prawidłowej diagnostyki.

Z wielkim zainteresowaniem wysłuchałem tego, co mówili pan profesor Zdrojewski i pan profesor Widenka, dlatego że oni pokazali te problemy, na które natychmiast trzeba zwrócić uwagę. Bardzo więc panów proszę o to – my, posłowie, to poprzemy – żeby to, o czym mówili panowie profesorowie w zakresie potrzeb kardiologii i potrzeb kardiochirurgii na terenie całego kraju, nie na terenie pilotażowym, który wyznaczacie panowie w zakresie opieki nad 17 tys. pacjentów… Oczekuję od panów – może nie dzisiaj – informacji na temat tego, co ministerstwo ma zamiar zrobić dzisiaj, w sytuacji, kiedy za 3 miesiące możemy mieć następną falę pandemii, w zakresie całokształtu opieki zdrowotnej, ale skierowanej na profilaktykę i leczenie chorób kardiologicznych. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący.

Pani poseł Skowrońska, proszę uprzejmie.

**Poseł Krystyna Skowrońska (KO):**

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Chciałabym jednak poprosić, wracając do poprzedniej prezentacji, żebyśmy powstrzymywali się od różnych ocen, jakie państwo wyrażali, bo jednak pan profesor Zembala uspokoił i wskazał – chciałabym mu podziękować za to – że po części miałam rację w swoim wystąpieniu. W tym przypadku skupię się na wypowiedzi pana posła Millera, na jednym elemencie, który został pokazany.

Powiedziano, że są kłopoty, jest długi okres oczekiwania. Rozumiem, że wskazano również, że jest to okres dłuższy niż 30 dni, jak to państwo w swojej prezentacji mówili. Mówiono o ogromnych potrzebach w zakresie kardiochirurgii po okresie covidowym i jakie to będą potrzeby. Co prawda to nie wybrzmiało, ale myślę, że we współpracy z resortem… Mój przedmówca, pan profesor, mówił o bardzo niskiej wycenie procedur kardiochirurgicznych. Chodzi o pokazanie tego tak, abyśmy na posiedzeniu Komisji mogli zderzyć dwa elementy – oczekiwanie środowiska w zakresie wyceny procedur kardiochirurgicznych… Mówił między innymi o pauperyzacji tych świadczeń. Inne świadczenia są zdecydowanie lepiej wycenione i dlatego – jak należałoby rozumieć – chętniej realizowane. Ja rozumiem, że w przypadkach nagłych, ostrych są realizowane, ale chodzi o to, czy i kiedy środowisko kardiochirurgów wskazywało, że ocena procedur kardiochirurgicznych jest niska i jaką wysokość za poszczególne procedury państwo pokazywali jako odpowiednią. Oczekuję na odpowiedź ogólną – tak lub nie – czy w kontakcie ze środowiskiem państwo jesteście… jaki jest rząd wielkości, przynajmniej procentowy i wolumen, który przekłada się na wielkość tego rodzaju świadczeń w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia jako wielkość zagregowaną. Będę wdzięczna za udzielenie odpowiedzi pisemnej, bo tak to rozumiem.

Wracając zaś do poprzedniego punktu, który jest związany również z tym punktem, nie otrzymałam od ministra zapewnienia, że będziemy otrzymywać zmiany planu finansowego, który opiniuje minister zdrowia między innymi, a potem Komisja Finansów Publicznych albo Komisja Zdrowia. Mamy odstąpienie od pewnych procedur w zakresie dodatkowych środków przekazywanych jako środki covidowe, więc w tym zakresie byłabym wdzięczna za złożoną deklarację na posiedzeniu Komisji i przekazywanie takich materiałów wszystkim posłom z Komisji Zdrowia i – jak mówiłam – z Komisji Finansów Publicznych. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo.

O głos prosi pan poseł Hardie-Douglas. Bardzo proszę.

**Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):**

Dziękuję. Postaram się tym razem troszeczkę krócej niż ostatnio…

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Bardzo o to prosimy i dziękuję z góry.

**Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):**

Ja również z zainteresowaniem wysłuchałem pana profesora Widenki. Najpierw pokazywał sukcesy kardiochirurgii, a potem przyczyny według niego załamania się tej dyscypliny, zmniejszenia liczby operacji kardiochirurgicznych. Mówię o tym już od 2 lat, że to jest nie tylko przyczyna trudności kardiochirurgii. To jest przyczyna bardzo różnych specjalizacji w Polsce, wielu oddziałów szpitali powiatowych itd. Rząd po prostu nie reaguje zupełnie na sygnały właściwie od całego środowiska medycznego na temat niewystarczającej wyceny procedur medycznych. Ten temat był wczoraj bardzo ciekawie referowany w czasie spotkania z Naczelną Radą Lekarską. Na tym spotkaniu zresztą pan przewodniczący był i słuchał tego, jak bardzo powoli, symbolicznie, wzrasta wycena procedur medycznych w porównaniu z rosnącymi kosztami leczenia. To powoduje, że szpitale się zadłużają, zaczynają wybierać te procedury, które im się opłacają, których zresztą jest coraz mniej i z tego wnika taki problem m.in. kardiochirurgów.

Chciałbym poprosić, żebyśmy na któreś ze spotkań naszej Komisji Zdrowia zaprosili jednak poza ministrem przedstawicieli Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Chciałbym się dowiedzieć, czy ten niewłaściwy wzrost wyceny wynika po prostu

z małej ilości pieniędzy w systemie, czy też tak są wyceniane te procedury przez agencję. Czy istnieje jakaś rozbieżność między propozycjami agencji a tym, co Narodowy Fundusz Zdrowia wdraża, potem przeszacowując procedury np. o 1%, 0,5%, co jest jakąś kpiną i absolutnie nie rozwiązuje problemu, dlatego że w tym samym czasie koszty leczenia rosną zdecydowanie bardziej. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Panie pośle, mam wrażenie, że w agencji jest podobny skład personalny, przynajmniej w znacznym stopniu, od wielu, wielu lat i pewien schemat myślenia – co tu dużo ukrywać – oczywiście powiązany z realizacją bieżącej polityki też jest dość podobny od lat, niezależnie od tego, czy to było za naszych rządów, czy wcześniej, za państwa rządów.

Natomiast odnosząc się do tego konkretnego dzisiejszego tematu, pozwolą państwo, że powiem tak. Rozumiem te problemy, które zgłasza środowisko kardiochirurgów. Zresztą 2 miesiące temu miałem okazję uczestniczyć w spotkaniu, które właśnie tych problemów dotyczyło i rozumiem zwrócenie uwagi na pewne problemy kardiochirurgii – zresztą taka jest też rola dzisiejszego posiedzenia Komisji – które z jednej strony są oczywiście problemami finansowymi w kwestii wyceny określonych procedur, zauważenia kardiochirurgii. Z drugiej strony są to też kwestie organizacyjne.

Tutaj była mowa o tworzeniu tego ośrodka dedykowanego, o którym wspominał pan profesor Widenka. No i pewnie jest jeszcze wiele innych elementów, na które niewątpliwie warto zwracać uwagę, tym bardziej, że mamy ogromne możliwości w sensie przygotowania kardiochirurgów polskich do tego, żeby realizować to, co jest właściwie… Nie musielibyśmy pewnie, z niewielkimi wyjątkami, korzystać z pomocy ośrodków zagranicznych, aby realizować różne procedury kardiochirurgiczne, i to zarówno u dzieci, jak i u dorosłych w Polsce. To jest kwestia pewnych rozwiązań i ewentualnych działań organizacyjnych.

Odnośnie do samej specjalności, to oczywiście nie wiem, czy kardiochirurgia jest na liście tych deficytowych, dodatkowo finansowanych rezydentur…

**Dyrektor naczelny SCCS w Zabrzu Marian Zembala:**

Nie jest w tej chwili.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Jeżeli nie jest, to nic pewnie nie stoi na przeszkodzie, aby o tym w przyszłości pomyśleć, tym bardziej, że nie jest to duża grupa rezydentów. Wydaje się więc, że ten postulat jest słuszny i zasadny, aby to przy takich planach uwzględnić. To tyle z mojej strony.

Pan profesor Zembala, bardzo proszę…

Panie profesorze, jeżeli pan pozwoli, jeszcze jedno zdanie, zresztą w nawiązaniu do naszej wczorajszej rozmowy. Chciałbym z tego miejsca bardzo serdecznie podziękować kardiochirurgom za to ogromne działanie, wsparcie całego społeczeństwa – bo nie chcę mówić rządu – w walce z COVID-19. Myślę o ECMO. To naprawdę wielka sprawa, że między innymi dzięki działaniu i możliwościom, które stwarzają kliniki kardiochirurgii czy oddziały, można było z wykorzystaniem ECMO ratować życie wielu polskich pacjentów. Bardzo gorąco – myślę, że w imieniu całej Komisji – za to dziękuję.

Panie profesorze, oddaję głos.

**Dyrektor naczelny SCCS w Zabrzu Marian Zembala:**

Panowie ministrowie, panie przewodniczący, szanowni państwo, ponownie zabieram głos z radością. Ja chcę powiedzieć tak. Pod tym, co przekazał reprezentant naszego środowiska, profesor Widenka, podpisuję się całkowicie nie tylko ja, ale wszyscy. Dodam tylko jedną rzecz. Gdyby dzisiaj, co nie jest skomplikowane i nie jest kosztowne w budżecie… Jest pani poseł Skowrońska, nasz mózg ekonomiczny, która zawsze mądrze doradzała w sferze budżetowej i może to potwierdzić. Otóż, gdybyśmy dzisiaj mogli zrobić jeden nieskomplikowany ruch, czyli drogą rozporządzenia zlikwidować 36 godzin pooperacyjnych dorosłych, bo one są wkalkulowane w liczenie i 60 godzin u dzieci, to nagle, jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki, następnego miesiąca będzie już nieco lepiej.

Dlaczego musimy to zrobić? Jeszcze raz popieram. Jeśli sięgniemy po wskaźnik 1,2, o czym mówił profesor Widenka… popieram to, dlatego że koszty kardiochirurgii tak bardzo wzrosły, bo oni są głównym ciężarem ratunku ECMO. Przecież to, co robi Suwalski w Warszawie, mistrz świata… Chylę czoło – MSWiA. My na Śląsku, ale i w innych ośrodkach… Kardiochirurgia – troszkę to po mnie zostało, że stworzyliśmy po pandemii grypy A/H1N1 dostępność w całym kraju. Proszę państwa, to jest jeden tor. Nie wiem, czy na sali jest przedstawiciel NFZ – to jest fundamentalna instytucja, niesłychanie ważna – ale jest minister…

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Panie profesorze, jest przedstawiciel NFZ.

**Dyrektor naczelny SCCS w Zabrzu Marian Zembala:**

A, to chylę czoło. Dziękuję, dziękuję. Drogą rozporządzenia. To jest pierwsze.

Druga sprawa – konkretne rzeczy. Mianowicie, drodzy państwo, przeszczepów płuc w Polsce nie było. Jest silne centrum w Zabrzu. Moi wychowankowie są w Gdańsku. Jest dobry Szczecin, jest dobry Poznań. Cieszmy się.

Chciałem jednak powiedzieć coś innego, wracając do krótkiej wypowiedzi posłów. Drodzy państwo, ośrodek kardiochirurgii wrodzonych wad u dorosłych, o którym mówicie. Muszę to powiedzieć. Jest wielką zasługą siedzącego na sali, obecnego konsultanta kardiochirurga i mojego przyjaciela, szanowanego bardzo profesora Jacka Różańskiego, ale i profesora Kuśmierczyka, jego następcy, że wrodzone wady u dorosłych były w dwóch ośrodkach. Wiemy – Jacek może to potwierdzić – to był zawsze Anin i to było Zabrze. Ja chcę od razu powiedzieć, że Zabrze jest gotowe, żeby, oprócz dobrego Anina, ten program robić. Mamy ludzi wyszkolonych, wyszkolonych w Ameryce, i zapewniam państwa, powierzyłem zadanie bardzo konkretne moim wychowankom, doktorom Pawlakowi i Śliwce, żeby te zabiegi, na które wysyłają za gigantyczną kwotę, były robione w kraju. To jest za wielki i za ważny kraj, żebyśmy tego nie potrafili robić.

Jeszcze jedna rzecz. Dobra wiadomość. Otóż z inicjatywy ministra Niedzielskiego… Proszę o przekazanie, panie ministrze, szefowi, że zwrócił się do nas, zresztą na prośbę pana premiera Morawieckiego, żeby przygotować program specjalizacji dla ratowników medycznych w zakresie TA – my wiemy, tylko Polska tego jeszcze nie ma – żeby ratownicy mogli wypełnić niedobory kadrowe i pracować na chirurgii ogólnej, gdzie jest dramatyczny brak chorych – stanowisko krajowego konsultanta, profesora Wallnera… My taki program przygotowaliśmy. Powiem państwu więcej. Wczoraj zakończyliśmy bardzo dobre posiedzenie z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, które prowadziła pani dyrektor Zadorożna, i są wszelkie dane. Ten projekt opracował następca Zabrza i obecny lider zabrzańskiej kardiochirurgii i transplantologii – od 2 lat, od mojego udaru – profesor Michał Zembala. Mówię to z dumą, bo proszę popatrzeć na wyniki, i to tyle. A zatem już mamy kolejną sprawę załatwioną.

Być może, panie ministrze, czas, za rok, za 2 lata wrócić do tego, co w pierwszej części mówił pan profesor Tomek Zdrojewski do koncepcji POLKARD, powiedzmy, 50, bo sprzęt się niszczy, a ośrodki kardiologiczne, ale i kardiochirurgiczne tym bardziej, będą potrzebowały wzmocnienia. I tu znowu uwaga – trzeba o dobrych rzeczach też mówić – zasługa ministra Gadomskiego. Ukłony dla bardzo sprawnego zespołu. Państwo wiecie, że każdy ośrodek, który w pandemii mocno walczył na linii frontu, ze środków covidowych dostał silne wzmocnienie w najtrudniejszym czasie. Można? Można. Bez kardiochirurgii nie byłoby szans walczyć z COVID-19. Mielibyśmy gigantyczną śmiertelność. Dlatego nie mam wątpliwości – cała medycyna jest ważna, jak podkreślił poseł Latos, i ma rację, ale pozycja kardiochirurgii wymaga, jeżeli myślimy strategicznie, że jeżeli jest kryzys i w krótkim czasie trzeba uruchomić OIOM-y, to jedynym miejscem, gdzie można to zrobić najszybciej, są OIOM-y kardiochirurgii całej Polski, o czym mówili moi poprzednicy.

Kończę, ale proszę, panie ministrze. Drogą rozporządzenia prezesa funduszu, a mamy dobrego gościa, kompetentnego, który zna fundusz – Filip Nowak, ukłony dla niego – wprowadzić wskaźnik 1,2, nie kosztuje to dużo, dla zabiegów zastawkowych, bo rzeczywiście nie wyrabiamy przy obecnych kosztach, żeby to wszystko utrzymać, i wprowadzić likwidację… Jaki problem? Zrobili to Czesi pół roku temu, bo też mieli ten balast 36

godzin u dorosłych i 60 u dzieci. Nastąpi szybka reakcja, którą wszyscy odczujemy i państwu powiemy. O to proszę.

Dziękuję za dzisiejsze spotkanie. Wszystkiego dobrego.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Panie profesorze, ja bardzo doceniam rolę kardiochirurgii. Oczywiście wszystko jest ważne. Dzisiaj rozmawiamy o kardiochirurgii i o zmianach, które tutaj są niezbędne.

Szanowni państwo, muszę jedną rzecz wyjaśnić. Ja mam jeszcze zgłoszenie pana Piotra Suwalskiego. Nie mam innych zgłoszeń. Jeżeli jeszcze ktoś z państwa chciałby zabrać głos – myślę o ekspertach, bo posłowie się wypowiadali – to proszę pilnie o zgłoszenie, bo później będziemy dawać głos już na podsumowanie panu ministrowi.

Proszę, w takim razie pan profesor Piotr Suwalski. Proszę uprzejmie.

**Sekretarz KKP Piotr Suwalski:**

Dzień dobry. Witam serdecznie. Panie przewodniczący, panie posłanki, panowie posłowie, szanowni państwo, drodzy koledzy, ja chciałbym wesprzeć… Ja pochodzę właśnie z tego ośrodka, który walczy już od ponad roku z ECMO, i chciałbym dosłownie bardzo krótko poprzeć te nasze wspólne postulaty.

Wydaje mi się, że jeśli chodzi o rolę kardiochirurgii, to my jako środowisko, szczególnie teraz w pandemii zdaliśmy ten egzamin nie tylko na piątkę, ale pewnie na szóstkę. To pokazuje, jak bardzo istotne jest również – co jest ważne na przyszłość – zapewnienie dobrej, dobrze wyposażonej i dobrze funkcjonującej kardiochirurgii. Wiemy, że w przyszłości również mogą być różnego typu zagrożenia w zakresie nie tylko stricte chirurgii, lecz także właśnie bardzo złożonej intensywnej terapii. Oczywiście obym się mylił.

Chciałbym też bardzo prosić o spojrzenie na te wyceny. Zgadzam się całkowicie i popieram te konkretne postulaty typu 1,2 – co mówili panowie profesorowie Zembala i Widenka – jak również kwestie uwolnienia nas od tych nieszczęsnych 30 godzin, 36 godzin itd., dlatego że w tej chwili z naszego środowiska pochodzi wielu prezydentów towarzystw europejskich, ale i światowych, i muszę powiedzieć, że to świadczy o tym, że jesteśmy gotowi, aby mieć (i mamy) naprawdę znakomitą rolę również w Europie i na świecie. Jednak rzeczywiście dochodzi teraz do problemów z wyceną w związku ze wzrostem kosztów. Niestety, tu powiem słowo w imieniu naszych kolegów następców, że rzeczywiście dostępność do wyższych technologii jest coraz trudniejsza.

Mam okazję być prezydentem Międzynarodowego Towarzystwa Małoinwazyjnej Chirurgii i rzeczywiście widzę, jak bardzo w tej chwili, ze względu na wzrost cen, ta dostępność – nie mówimy tu o dostępności chirurgów do tych nowych technologii, ale przede wszystkim pacjentów – stopniowo jest coraz mniejsza. Należy pamiętać, że to, co robią na przykład Holendrzy czy w wielu innych krajach, że liczą ten *outcome* właśnie, to tak naprawdę zastosowanie technik małoinwazyjnych powoduje, że dla systemu te koszty są znacznie mniejsze i de facto system zarabia czy oszczędza pieniądze poprzez zainwestowanie niewielkiej sumy, a następnie na przykład szybszy powrót pacjentów do aktywności zawodowej.

Tak więc jeszcze raz bardzo proszę o przychylne spojrzenie na nasze problemy. Bardzo też dziękuję za możliwość uczestnictwa w tym spotkaniu. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo, panie profesorze. Dziękuję za trzymanie się rygorów czasowych, bo to jest ważne.

Nie widzę żadnych zgłoszeń…

**Sekretarz generalny Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów Janusz Skalski:**

Jeżeliby można było, Janusz Skalski…

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Proszę bardzo, ale proszę szybko, bo niedługo mamy jeszcze jedno posiedzenie Komisji.

**Sekretarz generalny PTKT Janusz Skalski:**

Rozumiem. Bardzo przepraszam za opóźnienie mojego połączenia się z państwem, ale miałem problemy techniczne.

Bardzo krótko powiem to, co nasunęło mi się teraz po wypowiedziach panów profesorów Zembali i Suwalskiego. Wrócę tylko do tych słów, które były wypowiedziane w czasie spotkania z panem prezydentem Dudą. Kardiochirurgia, zarówno dziecięca, którą reprezentuję, jak i kardiochirurgia dorosła, to są dziedziny strategiczne dla kraju. Przy okazji każdego zawirowania, każdej epidemii, pandemii lub zdarzeń losowych masowych kardiochirurgia jest pomocna. Jest niezbędna, jest bardzo potrzebna. Dlatego wzrost finansowania – o czym mówiliśmy – choćby niewielki, choćby kilkuprocentowy, jest potrzebą chwili, jesteśmy bowiem w ogromnym kłopocie. Bardzo mocno to argumentowaliśmy. Pan poseł Latos zapewne pamięta naszą dyskusję, że kardiochirurgia nie jest jedyna, ale jest bardzo potrzebna. Po raz piąty to mówię.

Cóż więcej? Jeżeli nie będzie tego wzrostu, to liczymy się z tym, i narasta problem wyjazdów za granicę, gdzie ludzie żądają zwrotu pieniędzy. Koszty operacji za granicą są gigantyczne. Są wielokrotnie wyższe niż koszty, które my prezentujemy Narodowemu Funduszowi Zdrowia i o których zwrot prosimy.

Zatem, nie przedłużając tej wypowiedzi, chcę powiedzieć, że wszystkie myśli wypowiedziane podczas spotkania z panem prezydentem Dudą są aktualne i czekamy na rozwiązanie tych problemów. Panie ministrze, wszyscy szanowni państwo, dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Ja jeszcze do protokołu… Rozumiem, że pan profesor Janusz Skalski skończył swoje wystąpienie…

**Sekretarz generalny PTKT Janusz Skalski:**

Skończyłem. Bardzo dziękuję. Jeszcze raz przepraszam za moje późne dołączenie…

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

A to jest do protokołu, bo pan nie przedstawił się, panie profesorze. Protokół jest jednak ważny.

Proszę w związku z tym pana ministra o podsumowanie tej dyskusji.

**Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:**

Dziękuję, panie przewodniczący. Rzeczywiście bardzo ciekawa dyskusja. Kolejny ważny temat. Dlatego myślę, że kardiochirurdzy, podobnie jak kardiolodzy, w systemie ochrony zdrowia są bardzo niezbędni. Szczególnie teraz – jak wielokrotnie podkreślano – w pandemii kardiochirurdzy naprawdę uratowali wiele istnień ludzkich.

Szanowni państwo, myślę, że o tych szczegółowych sprawach, jeżeli przedstawiciele środowiska kardiologicznego by się zgodzili, to tak jak chcę prowadzić z towarzystwem kardiologicznym takie cykliczne spotkania, zapraszam państwa na takie spotkanie robocze, gdzie z przedstawicielami ministerstwa, ale także Narodowego Funduszu Zdrowia, usiedlibyśmy do wspólnych rozmów, bo to dość ciekawe propozycje. W tej chwili trudno mi się do nich ustosunkować na bieżąco, ale myślę, że takie spotkanie robocze moglibyśmy zrobić. Wtedy na pewno przyjrzelibyśmy się dokładnie tym państwa propozycjom i je dokładnie przeanalizowali.

**Prezes KKP Kazimierz Widenka:**

Panie ministrze, to jest właśnie to, czego oczekujemy. Bardzo dziękuję za tę propozycję.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Rozumiem, że w trybie roboczym będzie spotkanie kardiochirurgów i kardiologów z Narodowym Funduszem Zdrowia i z ramienia Ministerstwa Zdrowia również z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Wyczerpaliśmy listę mówców. Stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny dzisiejszego posiedzenia Komisji. Informuję jednocześnie, że protokół z posiedzenia Komisji, z załączonym pełnym zapisem jego przebiegu, będzie do wglądu w sekretariacie Komisji w Kancelarii Sejmu. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie Komisji.